



**CENTRO DE EDUCACION INTERNACIONAL**  
**FORMULARIO MEDICO**  
**MEDICAL FORM**

**A SER LLENADO POR EL APLICANTE / TO BE COMPLETED BY APPLICANT**

<b>Apellidos</b> <i>Surname</i>		<b>Nombre</b> <i>Name</i>		<b>Sexo</b> <i>Gender</i>	
<b>Lugar del Programa</b> <i>Program Location</i>		<b>Periodo</b> <i>Term of Study</i>		<b>Edad</b> <i>Age</i>	

**Renuncio a mis derechos de confidencialidad médico-paciente en el evento de que la universidad del exterior o la Universidad de Especialidades Espíritu Santo y/o institución requieran mi récord médico.**

*I hereby waive my right to doctor-patient confidentiality in the event that the university abroad or the Universidad de Especialidades Espíritu Santo and/or an institution request my medical record.*

**Fecha**                      **DD**      **MM**      **AA (YY)**

*Date*

--	--	--	--

\_\_\_\_\_ **Firma del Apicante/ Signature of Applicant**

**A SER LLENADO POR UN MEDICO / TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN**

**SECCION I / SECTION I**

**Por favor complete la siguiente información con respecto a la historia médica del aplicante. / Please complete the following information regarding the applicant's medical history.**

<b>Peso</b> <i>Weight</i>		<b>Altura</b> <i>Height</i>		<b>Tipo de Sangre</b> <i>Blood Type</i>	
		<b>Si / Yes</b>	<b>No</b>		<b>Si / Yes</b> <b>No</b>
<b>Varicela</b> <i>Chicken Pox</i>				<b>Discapacidades Físicas (especifique)</b> <i>Physical Disabilities (specify)</i>	
<b>Hepatitis</b> <i>Hepatitis</i>				<b>Cabeza, ojos, oídos, nariz o garganta</b> <i>Head, eyes, ears, nose or throat</i>	
<b>Malaria</b> <i>Malaria</i>				<b>Sistema inmunológico, incluido linfático</b> <i>Immune system, including lymph nodes</i>	
<b>Sarampión</b> <i>Measels</i>				<b>Tuberculosis o exposición</b> <i>Tuberculosis or contact with it</i>	
<b>Fiebre Escarlata</b> <i>Scarlet Fever</i>				<b>Dolor o presión en el pecho</b> <i>Pain or preassure in the chest</i>	
<b>VIH (detallar)</b> <i>HIV (elaborate)</i>				<b>Condiciones de la piel</b> <i>Skin Conditions</i>	
<b>Musculoesquelético</b> <i>Musculoskeletal</i>				<b>Problemas de Riñon</b> <i>Kidney Problems</i>	
<b>Anemia</b> <i>Anemia</i>				<b>Epilepsia</b> <i>Epilepsy</i>	
<b>Hernia</b> <i>Hernia Repair</i>				<b>Metabólico/ Endocrina</b> <i>Metabolic/ Endocrine</i>	

	Si / Yes	No		Si / Yes	No
<b>Paperas</b> <i>Mumps</i>			<b>Cáncer (especifique)</b> <i>Cancer (specify)</i>		
<b>Respiratorio</b> <i>Respiratory</i>			<b>Cardiovascular</b> <i>Cardiovascular</i>		
<b>Neurológico</b> <i>Neurological</i>			<b>Alergia a las medicinas (cuales)</b> <i>Allergies to Medications (which)</i>		
<b>Migraña</b> <i>Migraine Headaches</i>			<b>Gastrointestinal</b> <i>Gastrointestinal</i>		
<b>Apendectomía</b> <i>Appendectomy</i>			<b>Desmayos</b> <i>Fainting Spells</i>		
<b>Fiebre reumática</b> <i>Rheumatic Fever</i>			<b>Ritmo cardíaco rápido o irregular</b> <i>Irregular or rapid heart beat</i>		
<b>Asma</b> <i>Asthma</i>			<b>Problemas crónicos o recurrentes</b> <i>Chronic or Recurrent problems</i>		
<b>Alergias (especifique)</b> <i>Allergies (specify)</i>			<b>Otra(s) operación(es) (especifique)</b> <i>Other Operations(s) (specify)</i>		

Si ha contestado "si" a cualquiera de las preguntas, por favor explique en detalle en el espacio debajo o en un papel adjunto. *If you have answered "yes" to any of the above questions, please explain in detail in the space below or in an attached sheet.*

**SECCION II / SECTION II**

Por favor responda las siguientes preguntas con relación al aplicante. / *Please answer the following questions regarding the applicant.*

**1. En su opinión, ¿existe alguna razón médica por la que el paciente no pueda participar activamente en un programa de intercambio en el exterior?** / *In your judgment, is there any medical reason why this applicant cannot actively participate in an exchange program abroad?*

2. ¿Se encuentra el paciente recibiendo actualmente tratamiento médico, el mismo que deberá extenderse mientras se encuentre en el exterior? De ser positivo, por favor describa la naturaleza del mismo. / *Is the applicant currently receiving any medical treatment, which would have to be continued while he / she is abroad? If yes, please describe its nature.*

**SECCION III / SECTION III**

<b>Apellidos</b> <i>Surname</i>		<b>Nombre</b> <i>Name</i>		<b>E-mail</b>	
<b>Teléfono</b> <i>Phone Number</i>		<b>Dirección</b> <i>Address</i>			

**OBSERVACIONES:**  
*OBSERVATIONS:*

**Fecha**  
*Date*

**D**      **M**      **A (Y)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Doctor / Signature of the Physician**