



Certificado de Salud

DATOS PERSONALES

Nombre completo. _____

Sangre tipo: _____ RH: _____

Fecha de nacimiento. Edad: Sexo:
_____/_____/____ _____ O Masc. O Fem.
dd / mm / aaaa

En caso de Emergencia avisar a:

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Parentesco: _____ Teléfono: _____

Universidad de Origen. _____

Carrera o Departamento Código de Carrera

Dirección Permanente en país de origen: _____

HISTORIA DE PADECIMIENTOS ANTERIORES

Marque con una X las condiciones que usted padezca o haya padecido

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Presión baja |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Sangre en orina | <input type="checkbox"/> Colitis |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Problemas en la vesícula | <input type="checkbox"/> Migraña |
| <input type="checkbox"/> Trastornos mentales | <input type="checkbox"/> Claustrofobia |
| <input type="checkbox"/> Trastornos sanguíneos | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Dolores de espalda | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Hernias |
| <input type="checkbox"/> Parálisis (polio) | <input type="checkbox"/> Nervios |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Sangre en eses | <input type="checkbox"/> Cáncer o tumor |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Anestesia general | <input type="checkbox"/> Tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación | |

En caso de marcar algún problema médico indique el tratamiento que lleva o reacciones de la misma o contraindicaciones: _____

MEDICAMENTOS

¿Toma algún medicamento? O SI O NO
Nombre, Dosis, Indicación

PROBLEMAS DE SALUD

Anote cualquier intervención quirúrgica que haya tenido.

| Naturaleza | Año |
|------------|-----|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

ALERGIAS

¿Es alérgico a algún medicamento? O SI O NO

Si su respuesta es SI, indique los síntomas _____

¿Otros tipos de alergia? O SI O NO

Detalle: _____

¿Alérgico a la picadura de insectos? O SI O NO

(avispas, mosquitos, etc). Indique síntomas _____

¿Ha recibido inyecciones antialérgicas? O SI O NO

Detalle _____

SOLO PARA MUJERES

¿Está embarazada? O SI O NO

¿Cuántos meses? _____

¿Ha padecido de infecciones vaginales? O SI O NO

¿De qué tipo? _____

¿Ha sufrido algún tipo de irregularidades menstruales? (sagrado

excesivo, sangrado entre periodos, atrasos, etc)

O SI O NO

Hago constar que la información anterior es verdadera, la omisión o información errónea será totalmente de mi responsabilidad.

Fecha: _____

Nombre del Estudiante _____

Firma y Cédula

Hago constar que la persona es miembro de nuestra universidad y es apto para realizar estudios en el extranjero.

Fecha: _____

Nombre del Responsable _____

Firma y Cédula

sello