



INFORMACIÓN SOBRE SALUD

El propósito de este formulario es ayudarle durante su estancia en el Programa. Por favor, conteste de forma abierta y sincera a las preguntas.

Desórdenes leves físicos o psicológicos pueden acentuarse durante una estancia en el extranjero. Es importante que el programa conozca cualquier problema médico o emocional, pasado o actual, que pueda afectarle fuera de su entorno familiar.

La información solicitada es confidencial y sólo será compartida por los profesionales del Centro en caso de ser necesario para su bienestar académico o residencial.

Rellenar por el alumno	
Nombre	Apellidos
e-mail	Curso
Historia Médica	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	1. ¿Has sido tratado recientemente o en el pasado de tu salud física, operaciones o alguna otra dolencia o enfermedad? (Si es así, por favor, explica el tratamiento)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	2. ¿Has sido tratado recientemente o en el pasado por tu condición mental (por ejemplo: adicciones, depresión, ansiedad, desórdenes alimenticios o referente a alguna pérdida o pena profunda)? (Si es así, por favor, explica que tratamiento necesitas)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	3. ¿Tienes algún tipo de alergias? (Si es así, por favor, explica en qué consiste el tratamiento)

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4. ¿Estás tomando algún tipo de medicamento? (Si es así, por favor, explica en qué consiste)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	5. ¿Eres vegetariano, o tienes algún tipo de dieta? (Si es así, por favor, explica...)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6. Tienes limitaciones físicas para moverte (debido a invalidez, obesidad, o problemas cardiacos que requieran alojamiento especial para participar en un programa en el extranjero, etc)? (Si es así, por favor, explica y adjunta la documentación médica necesaria)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7. ¿Crees tener alguna incapacidad (por ejemplo: desórdenes de aprendizaje, déficit de atención, diabetes, epilepsia, daños cerebrales, etc) que puedan necesitar adaptación? (Si es así, por favor, explica y adjunta si hay información relevante)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8. ¿Tienes pérdida visual o auditiva que necesite algún reajuste en el alojamiento? (Si es así, por favor, explica y adjunta la documentación si fuera relevante)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	9. ¿Hay alguna información adicional que pueda ser útil para ayudarte durante tu estancia en el Programa? (Si es así, por favor explícalo)

Certifico que todas mis respuestas referentes a mi salud son verdaderas y mantendré informado al Programa sobre los cambios que pueda haber en mi salud, ocurridos antes de comenzar el Programa. Entiendo que el Centro hará todo lo que esté en sus manos para que mi estancia en el Programa se haga lo más agradable posible, a pesar de que no todas las comodidades están disponibles. También entiendo que no puedo esperar adaptaciones para aquellas situaciones que no he revelado.

Firma del alumno _____ Fecha _____