



### INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

El propósito de este formulario es ayudarlo 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.

<b>Rellenar por el/la participante</b>	
Nombre	Apellido(s)
e-mail	Curso
<b>Historia Médica</b>	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha sido tratado/a recientemente o en el pasado de tu salud física, operaciones o alguna otra dolencia o enfermedad? (Si es así, por favor, explique el tratamiento.)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha sido tratado/a recientemente o en el pasado por su condición mental (por ejemplo: adicciones, depresión, ansiedad, desórdenes alimenticios o referente a alguna pérdida o pena profunda)? (Si es así, por favor, explique qué tratamiento necesita.)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene algún tipo de alergias? (Si es así, por favor, explique en qué consiste el tratamiento.)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Está tomando algún tipo de medicamento? (Si es así, por favor, explique en qué consiste.)

Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es vegetariano/a, o tiene algún tipo de dieta? (Si es así, por favor, explique a continuación.)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene limitaciones físicas para moverse (debido a invalidez, obesidad, o problemas cardíacos que requieran alojamiento especial para participar en un programa en el extranjero, etc.)? (Si es así, por favor, explique y adjunte la documentación médica necesaria.)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene algún impedimento (por ejemplo, desórdenes de aprendizaje, déficit de atención, diabetes, epilepsia, daños cerebrales, etc.) que pueda necesitar adaptación? (Si es así, por favor, explique y adjunte si hay información relevante.)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene pérdida visual o auditiva que necesite algún reajuste en el alojamiento? (Si es así, por favor, explique y adjunte la documentación si fuera relevante.)
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Hay alguna información adicional que pueda ser útil para ayudarle/la durante su estancia en el Programa? (Si es así, por favor explíquelo.)

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 \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_