



FORMULARIO MÉDICO MEDICAL FORM

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

Apellidos <i>Surname</i>		Nombre <i>Name</i>		Sexo <i>Gender</i>	
------------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------------	--

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

I hereby waive my right to doctor-patient confidentiality in the event that the university abroad or Universidad Ecotec and/or an institution, requests my medical record.

Fecha

DD	MM	AA (YY)
----	----	---------

Date

Firma / Signature

A SER LLENADO POR UN MÉDICO / TO BE COMPLETED BY A PHYSICIAN

SECCIÓN 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.*

Peso <i>Weight</i>		Altura <i>Height</i>		Tipo de Sangre <i>Blood Type</i>	
------------------------------	--	--------------------------------	--	--	--

	Si / Yes	No		Si / Yes	No
Varicela / Chicken Pox			Discapacidades Físicas (especifique) <i>Physical Disabilities (specify)</i>		
Hepatitis / Hepatitis			Cabeza, ojos, oídos, nariz o garganta <i>Head, eyes, ears, nose or throat</i>		
Malaria / Malaria			Sistema inmunológico, incluido linfático <i>Immune System, including lymph nodes</i>		
Fiebre Escarlata <i>Scarlet Fever</i>			Dolor o Presión en el pecho <i>Pain or pressure in the chest</i>		
VIH (detallar) <i>HIV (elaborate)</i>			Condiciones de la Piel <i>Skin Conditions</i>		
Músculoesquelético <i>Musculoskeletal</i>			Problemas de Riñón <i>Kidney Problems</i>		
Anemia / Anemia			Epilepsia / Epilepsy		
Hernia <i>Hernia Repair</i>			Metabólico/ Endocrina <i>Metabolic/ Endocrine</i>		
Paperas / Mumps			Cáncer (especifique) / Cancer (specify)		
Respiratorio/ Respiratory			Cardiovascular / Cardiovascular		
Neurológico <i>Neurologic</i>			Alergia a las medicinas (cuales) <i>Allergies to Medications (which)</i>		
Migraña / Migraine <i>Headaches</i>			Gastrointestinal <i>Gastrointestinal</i>		
Apendectomía <i>Appendectomy</i>			Desmayos <i>Fainting Spells</i>		
Fiebre Reumática <i>Rheumatic Fever</i>			Ritmo cardíaco rápido o irregular <i>Irregular or rapid heart beat</i>		
Asma <i>Asthma</i>			Problemas crónicos o recurrentes <i>Chronic or Recurrent problems</i>		
Alergias (especifique) <i>Allergies (specify)</i>			Otra(s) operación(es) (especifique) <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

Apellidos <i>Surname</i>		Nombre <i>Name</i>	Email	
-----------------------------	--	-----------------------	-------	--

Teléfono <i>Phone Number</i>		Dirección <i>Address</i>		
---------------------------------	--	-----------------------------	--	--

Observaciones:
Observations:

Fecha
Date

D	M	A(Y)
---	---	------

Firma del Doctor/ *Signature of the Physician*