

Movilidad Internacional 2019

#GtoGlobal



Forma Médica para Participación en el Extranjero

Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario. La información que contiene ayudará a EDUCAFIN-SUBE a planificar su bienestar y ayudará a cualquier médico en el caso de que requiera su cuidado durante el viaje o el programa.

- Completar y tener este formulario es una condición para participar en programas internacionales EDUCAFIN-SUBE
- Complete este formulario escribiendo a mano o con tinta negra y en letras mayúsculas.
- Este formulario debe completarse y firmarse no más de 2 semanas antes de la participación en el programa Internacional EDUCAFIN-SUBE. Debe notificar a EDUCAFIN-SUBE cualquier cambio relevante que pueda ocurrir antes del programa y que sea relevante a la información.
- La información en este formulario es confidencial.
- Lleve una copia firmada de este formulario más cualquier documento de respaldo al programa, y deje el original junto a su expediente de beca SUBE para estancias en el extranjero
- Las partes A, B, C y D deben ser llenados por el adulto (mayor de 21 años) participante o por el padre / tutor legal del joven (hasta 20 años inclusive) participante. Si la ley en su país no permite que los padres conozcan la información de salud de sus hijos mayores de 18 años, entonces la persona debe completar y firmar estas secciones y anotar el asunto de la edad en la casilla correspondiente de la parte D.
- Parte B: si hay alguna necesidad especial o alergia, envíe el contenido de la página de la Parte B al personal del programa antes del programa.

Parte A: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

AL PARTICIPANTE / PADRE / TUTOR: Favor de completar esta forma y revisarla con su médico de cabecera durante consulta.

Nombre del participante:		Apellido Paterno		Materno		Nombre	
SEXO:	<input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> FEM	Fecha de Nacimiento:	____	____	____	País de Ciudadanía:	_____
			<i>dd</i>	<i>mm</i>	<i>aaaa</i>		
Programa Internacional al que asiste (Especifique País):				Duración del programa			
				Fecha Inicio:		Fecha Fin:	
En caso de emergencia, contactar a:				Idiomas que habla contacto de emergencia:			
Número de contacto (Casa):				Número de contacto (Oficina y/o Cel.)			
<i>código de País</i>	<i>código área</i>	<i>número</i>		<i>código de País</i>	<i>código de área</i>	<i>número</i>	

Movilidad Internacional 2019

#GtoGlobal



PARTE B: MEDICINAS Y NECESIDADES

Si hay consideraciones especiales o alergias, favor de enviar esta página (o notificar por separado) al personal de EDUCAFIN previo al inicio del programa.

Nombre del Participante:	
Red/Universidad/Escuela	

Dieta

¿Existen alimentos que no debas o deberías comer?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es Sí, por favor escribe detalles:	

Alergias

Tienes alergias a:

Comida	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si Sí, específica:
Picaduras de abeja o insectos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si Sí, específica:
Medicinas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si Sí, específica:
Otros	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si Sí, específica:
Tienes que cargar un set de reacción/ Shock anafiláctico contigo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si Sí, específica contenidos:

¿Cuáles medicamentos te pueden administrar en caso de reacción alérgica?

*Si lo necesitas, recuerda traerlo contigo.

Medicamento

¿Tomas algún medicamento? * Por favor incluye medicamentos sin prescripción o remedios para evitar malentendidos.

Nombre de la Marca	Nombre genérico	Dosis, Horario, Instrucciones especiales	Si es prescrita, ¿Se puede renovar?
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

*Por favor asegura suficiente suministro para la duración del programa.

Necesidades Especiales:

Tienes necesidades especiales o requieres de apoyo específico? | Sí No

Si sí, por favor describe:

Movilidad Internacional 2019

#GtoGlobal



Por favor, trae a tu programa cualquier documentación médica específica (por ejemplo, hallazgos patológicos en un electrocardiograma o una radiografía) que serían útiles para un médico en el país de acogida si necesitaras tratamiento de emergencia. Traerlo consigo puede ayudar a evitar procedimientos innecesarios y costosos. Se recomienda que hable de esto con su médico habitual.

PARTE C: HISTORIA MÉDICA

En caso de hospitalización, tus archivos médicos están disponibles en:

Doctor / Hospital:	
Número de Teléfono:	
Dirección:	

¿Alguna vez has tenido alguna de estas enfermedades infecciosas? Marca a cualquiera que aplique:

<input type="checkbox"/> Rubeola	<input type="checkbox"/> Tosferina	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Amigdalitis aguda
<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Encefalitis	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Fiebre Amarilla	<input type="checkbox"/> Bronquitis
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Otitis	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Infección por neumococo
<input type="checkbox"/> Infección por Estafilococo	<input type="checkbox"/> Infección por estreptococo	<input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique:	

Por favor complementa con una pequeña explicación de las señaladas y si han derivado en algunas complicaciones permanentes:

¿Tienes problemas médicos recurrentes? Marca en los que apliquen

<input type="checkbox"/> Anemia/desorden sanguíneo	<input type="checkbox"/> Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desorden endocrínologo	<input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón	<input type="checkbox"/> Limitaciones motrices
<input type="checkbox"/> Autismo / Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Discapacidades de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Problemas osteomusculares
<input type="checkbox"/> Desorden de autoinmunidad	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Desórdenes mentales	<input type="checkbox"/> Problemas neuronales
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/> Enfermedades visuales*	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> Padecimientos gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Trastorno de sueño
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Brotes psicóticos	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Otros, por favor específica		

*Si utilizas anteojos o lentes de contacto, procura traer una copia de tu prescripción al programa

Movilidad Internacional 2019

#GtoGlobal



Por favor especifica si hay algo que el personal de EDUCAFIN-SUBE debería de saber relacionado a cualquier cosa de lo arriba mencionado.

¿Algún miembro de tu familia padece lo siguiente? Marca con una x :

<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Enfermedades de piel

Otro, por favor especifica:

Por favor especifica si hay algo que el personal de EDUCAFIN-SUBE debería saber relacionado a cualquier asunto ya mencionado:

¿En los últimos 5 años, el participante ha sido hospitalizado por alguna otra enfermedad? Si sí, proveer detalles

Fecha	Diagnóstico	Detalles

Para participantes femeninas:

¿Existe algún desorden menstrual?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Qué medicamento se puede dar para dolores menstruales?	
¿La participante está o tiene posibilidad de estar embarazada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Vacunas e inmunizaciones:

Por favor, dé información de las vacunas recibidas.

Vacuna	Fecha de aplicación más reciente		Inmunización	Fecha de aplicación más reciente	
	Sí	No		Sí	No
DPT (Difteria, Tétanos, tosferina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MMR (Sarampión, Paperas, Rubeola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sarampión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningococo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumococo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra (favor de especificar)		

Movilidad Internacional 2019

#GtoGlobal



¿Ha recibido las inmunizaciones necesarias para viajar al país destino? Sí No

Por favor proporcione detalles abajo:

Vacuna / Inmunización	Sí	No	Fecha
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PARTE D: CERTIFICACIÓN

Certifico que todas las respuestas hechas en este formulario son verdaderas, precisas y completas, y notificaré a EDUCAFIN-SUBE sobre cualquier cambio relevante que pueda ocurrir antes o durante mi programa internacional. He incluido en este formulario cualquier necesidad especial o asistencia que pueda requerir relacionada con mi salud física y mental. Soy consciente que si no proporciono información completa, esto puede causar dificultades e inquietudes a los demás y puede afectar mi propio bienestar. Entiendo que si no proporciono la información completa, EDUCAFIN-SUBE puede decidir enviarme a casa desde el programa a mi propio costo.

Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica a EDUCAFIN o su personal para que puedan brindarme la asistencia necesaria. También estoy de acuerdo en que EDUCAFIN-SUBE o su persona pueda divulgar información a otras personas que puedan requerir esta información para ayudarme o para ayudar a otros en el programa. Entiendo y acepto que este formulario puede ser entregado al coordinador del grupo con base en mi institución educativa local o coordinador de red para tales fines.

Si mis padres o tutores no han firmado este formulario, certifico que tengo más de 18 años cumplidos

Marque la casilla si es el caso

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor del participante

En caso de ser menor de edad: _____ Fecha: _____