



**Formulario Médico y de Información de Emergencia**

INFORMACIÓN MÉDICA					
Sexo	M	F	Tipo de sangre		EXPLICACIÓN
			SI	NO	
PREGUNTA			SI	NO	EXPLICACIÓN
¿Alguna vez ha tenido una enfermedad infecciosa que ponga en riesgo la salud pública? (Por ejemplo, tuberculosis, VIH, hepatitis, etc.)					
¿Tiene algún tipo de alergias? (Por ejemplo, comidas, factores medioambientales, etc.)					
¿Tiene algún tipo de alergias a medicinas? (Por ejemplo, penicilina, ibuprofeno, etc.)					
¿Ha sufrido o ha sido tratado por depresión, ansiedad, o cualquier otro tipo de afección mental? (En caso de marcar "sí", por favor explique)					
¿Alguna vez ha abusado de cualquier tipo de narcótico, estimulante, alucinógeno u otra sustancia? (Ya sea legal o ilegal)					
¿Ha sido hospitalizado/a en los últimos dos (2) años? (En caso de marcar "sí", por favor explique)					
¿Tiene algún impedimento visual o auditivo?					
¿Tiene alguna discapacidad física?					
¿Tiene alguna discapacidad mental/cognitiva?					
¿Actualmente toma algún tipo de medicación? (En caso de marcar "sí", por favor explique)					

<b>INFORMACIÓN DE EMERGENCIA</b>	
<b>Contacto de emergencia #1</b>	
Nombres y apellidos	
Relación con el estudiante	
Dirección	
Teléfono	
Email	
<b>Contacto de emergencia #2</b>	
Nombres y apellidos	
Relación con el estudiante	
Dirección	
Teléfono	
Email	