



**Formulario de Contactos y Emergencias - Programa de Intercambio Estudiantil**

INFORMACIÓN MÉDICA					
Apellidos				Nombres	
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AA	Tipo de Sangre	
Contraindicaciones Médicas	Si	No	Especifique:		
Tiene alergias	Si	No	Especifique:		
Ha sido operado	Si	No	Especifique:		
Dieta Especial	Si	No	Especifique:		
Requiere Servicios Especiales para Discapacitados	Si	No	Especifique:		
Toma algún tipo de medicación	Si	No	Especifique:		
Tiene alguna condición preexistente	Si	No	Especifique:		

<b>Recibe actualmente algún tipo de tratamiento médico</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Especifique:</b>
<b>Comentarios:</b>			

**DATOS PERSONALES CONTACTO 1**

<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Relación con el Estudiante</b>	
<b>E-mail</b>		<b>Teléfono Casa</b>	
<b>Teléfono Celular</b>		<b>Teléfono Oficina</b>	

**Dirección:****DATOS PERSONALES CONTACTO 2**

<b>Nombres y Apellidos</b>		<b>Relación con el Estudiante</b>	
<b>E-mail</b>		<b>Teléfono Casa</b>	
<b>Teléfono Celular</b>		<b>Teléfono Oficina</b>	

**Dirección:****Comentarios:**