



Conservación y Desarrollo Sostenible



Certificado de salud

CONFIDENCIAL

Nombre: _____

Masculino Femenino Edad ____ Fec. Nac.: / /

Usted tiene que completar este certificado de salud. Este formulario será utilizado por el personal médico si existe la necesidad. Es importante que el personal del CDS/CNEH-Perú tenga conocimiento de cualquier problema médico o emocional, pasado o actual, que le afecte en un contexto de estudio. Condiciones físicas o psicológicas suaves pueden ser más graves cuando se somete al estrés de viajar y estudiar. La información que proporcione se mantendrá confidencial y será compartida con el personal del programa, profesores o profesionales adecuados sólo si es necesario para proteger su salud y bienestar, Esta información no afecta su admisión/ingreso en el CDS/CNEH-Perú.

Historia Personal

Alguna vez ha tenido o tiene esta condición, marque sí o no:

Enfermedades o condiciones médicas	Si / No	Enfermedades o condiciones médicas	Si / No
Viruela	___ ___	Hipertensión	___ ___
Problemas crónicos de piel	___ ___	Anemia	___ ___
Hepatitis	___ ___	Latidos cardíacos irregulares o rápidos	___ ___
Epilepsia	___ ___	Ansiedad con medicación	___ ___
Mononucleosis	___ ___	Dolor o presión en el pecho	___ ___
Tuberculosis	___ ___	Discapacidad física	___ ___
Malaria	___ ___	Problemas crónicos gastrointestinales	___ ___
Desorden endócrino (s)	___ ___	Accidente(s) serio	___ ___
Problemas del corazón	___ ___	Problemas de riñón	___ ___
Diabetes Mellitus	___ ___	Cirugía(s)	___ ___
Hernia	___ ___	Toma alguna medicación?	___ ___

Por favor explique las condiciones para las que usted selecciona "Sí" arriba. Por favor mencione otras lesiones, enfermedades o condiciones médicas que haya tenido en los últimos cinco años. ¿Alguna de estas condiciones requieren atención médica mientras que se encuentra en viaje de estudio?

Tiene usted generalmente una buena condición física? Sino explique:

Por favor, indique cualquier medicación que debe tomar mientras se encuentra en el CDS:

Por favor indique cualquier alergia conocida

Ha sido o está siendo actualmente tratado por algún problema psicológico o emocional? Por favor, explique:

Es usted vegetariano o tiene una dieta estricta? Por favor, explique:

Hay alguna información adicional (condición o discapacidad) que sería bueno conocer durante su estadía en el CDS? Por favor, explique:

Información de contacto en caso de emergencias (por favor identifique a la persona a contactar):

Persona(s) a contactar en caso de emergencia: _____

Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa – Trabajo – Celular _____

Certificación y autorización para tratamiento médico de emergencia:

En caso de lesión o enfermedad a mí mismo, por la presente autorizo el representante oficial del CDS/CNEH-Perú, a avalar cualquier tratamiento médico necesario, incluyendo la anestesia y cirugía.

Certifico que todas las respuestas en este certificado de salud son ciertas y correctas, y notificaré CNEH-Perú si cualquier cambio relevante en mi salud antes de mi visita al CDS.

Nombre en imprenta

Firma y fecha

Complete la información de su seguro de salud nacional o internacional.

Nombre del Seguro de salud: _____ Numero de póliza _____

Si conoce, fecha de la última vacuna del tétanos: _____