



Declaración de salud del médico - Pg. 1

Por favor, entregue este paso a su médico para que lo complete.

Estimado médico,

En consideración de la solicitud de este estudiante en un programa de intercambio en los EE.UU., por favor complete las siguientes 2 páginas. Es importante que tengamos esta información en caso de que se necesite atención médica.

Gracias, UCEUS

Nombre completo del solicitante en el pasaporte:

Fecha del examen:

HISTORIAL MÉDICO

Marque si el solicitante padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

Asma o sibilancias crónicas		Depresión	
Problemas respiratorios / neumonía		Desmayos	
Tos crónica o persistente		Convulsión, epilepsia o ataques	
Quistes o tumores de cualquier tipo		Enfermedad de Parkinson	
Trastornos cutáneos distintos del acné		Anemia o cualquier otro trastorno sanguíneo	
TDA / TDAH		Esclerosis múltiple (EM) y/o (PC)	
Daño autoinfligido intencionadamente		Lesiones corporales graves / accidente	
Diabetes o hipoglucemia		Enfermedad tiroidea	
Problemas circulatorios		Reacciones alérgicas graves de cualquier tipo	
Discapacidad auditiva o visual		Metabolismo alto o bajo	
Problemas renales		Trastorno hemorrágico	
Deterioro del habla		Virus del sida o VIH	
Escoliosis		Tuberculosis	
Reumatismo, artritis, articulaciones hinchadas		Cálculos biliares o cólicos	
Fibromialgia		Trastornos mamarios o menstruales	
Mononucleosis / fatiga crónica		Hipertensión / Problemas cardíacos	
Problemas intestinales		Trastorno alimentario / Anorexia / Bulimia	
Indigestión / úlceras recurrentes		Cáncer	

Explique las casillas marcadas en una hoja aparte.

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL EXAMEN FÍSICO

Altura: _____ En pies.	Peso: _____ lbs. _____ Kg.	Color de pelo:	Color de ojos:
Pulso en reposo:	Después del ejercicio:	Después de 2 minutos:	Reclinado:
Tensión arterial sentado:	Reclinado:	De pie:	Después del ejercicio:
Análisis de orina	Azúcar:	Albúmina:	Micro:
Serología (Especifique la prueba)		Tipo de sangre y factor RH:	
Examen ocular	Visión no corregida:	Derecho	A la izquierda:

AUTORIZACIÓN DE DEPORTES

El solicitante puede participar en los siguientes tipos de deportes: (Marque todos los que procedan.)

Contacto / Colisión	Contacto limitado	Sin contacto Extenuante	Sin contacto, no extenuante
---------------------	-------------------	-------------------------	-----------------------------



Declaración de salud del médico - Pg. 2

Nombre completo del pasaporte del solicitante:

Fecha de nacimiento (mes/día/año):

Área examinada	Normal	Anormal	Área examinada	Normal	Anormal
Cabeza, cara, cuello, cuero cabelludo			Otros musculoesqueléticos		
Nariz, senos paranasales			Extremidades superiores		
Boca y garganta			Extremidades inferiores		
Oídos - General int. y ext.			Pies		
Tímpanos (perforados)			Piel		
Ojos, esclerótica, pupilas			Marcas corporales, cicatrices, tatuajes		
Motilidad ocular			Escala Tanner - Testículos / Menstruación		
Corazón			Pelvis y mamas (sólo mujeres)		
Sistema vascular			Fecha del último examen pélvico:		
Sistema endocrino			Neurológico - equilibrio, etc.		
Pulmones			Amplitud de movimiento		
Contorno de pecho			Cuello, espalda, columna vertebral		
Abdomen y vísceras			Ano y recto		
Linfático			Sistema G-U		
Psiquiatría			¿Una hernia? Sí No		

REGISTROS DE INMUNIZACIÓN Indique la fecha de cada uno en MM/DD/AAAA

Los solicitantes DEBEN traer consigo la cartilla de vacunación original sellada para la inscripción en la escuela.

Se requiere que los alumnos matriculados en los grados K-12 tengan una prueba escrita en el archivo de que han sido vacunados según la lista de abajo. La vacunación requerida puede variar de un estado a otro y puede ser necesaria una vacunación adicional. Estos son los requisitos **mínimos** para ser aceptado en las escuelas dentro de los Estados Unidos.

Las escuelas no aceptarán estudiantes sin todos los elementos y el número de vacunas a continuación, sombreados en VERDE. Si al estudiante le falta alguna vacuna, deberá obtenerla **ANTES** de ser aceptado en la escuela y de matricularse en su país de origen. Si al estudiante le falta alguna vacuna requerida dentro de un estado, se le requerirá que obtenga la(s) vacuna(s) faltante(s) antes de que se le permita asistir a la escuela y estar preparado para los costos asociados. Esto retrasará la asistencia del estudiante a la escuela.

Las casillas sombreadas en verde son obligatorias vacunas	Inmunización 1	Inmunización 2	Inmunización 3	Inmunización 4	Vacunación 5	Refuerzo Tdap (obligatorio)
DTP/DTAP/DT						
TOPV/Polio						
Sarampión			Y/O	Fecha de la enfermedad:		Si el solicitante ha tenido la enfermedad, debe haber una verificación con un análisis de sangre y la documentación debe adjuntarse a esta hoja.
Paperas			Y/O	Fecha de la enfermedad:		
Rubéola			Y/O	Fecha de la enfermedad:		
Varicela			Y/O	Fecha de la enfermedad: Independientemente de tener esta enfermedad, algunas escuelas de EE.UU. están exigiendo 2 vacunas contra la varicela.		
Hepatitis B				Y/O	Fecha de la enfermedad:	
Meningitis			Y/O	Fecha de la enfermedad:		
Hepatitis A Puede ser necesario según el Estado			2 dosis de HEP A necesarias para los Estados que exigen https://www.immunize.org/laws/	Estados que requieren Hep A: AK, AZ, AR, CT, DC, GA, HI, ID, IN, KS, KY, MN, NV, NM, ND, OH, OK, OR, PA, RI, SC, TN, TX, UT, VA		

1. COVID-19 ¿Ha recibido el solicitante la vacuna COVID-19?	Sí	No (Si la respuesta es afirmativa, responda al n° 2)
2. Fabricante de la vacuna COVID-19:		COVID -19 Fechas de vacunación: Dosis 1: _____ Dosis 2: _____ Dosis 3: _____ Dosis 4: _____
3. COVID-19 ¿El solicitante ha padecido alguna vez la infección COVID-19?	Sí	No En caso afirmativo, fecha(s)



Usted debe tener un TB (Tuberculosis) antes de los 6 meses de su llegada. Usted debe enviar prueba de su prueba de tuberculosis negativa y los resultados para la inscripción en una escuela secundaria de EE.UU., ANTES a la llegada.

¿Se ha sometido alguna vez el solicitante a la BCG (vacuna contra la tuberculosis)?
de la tuberculosis: Resultado: TB positiva TB negativa NO Fecha de la prueba

Al firmar a continuación, entiendo que esta información debe ser completamente exacta. Entiendo que todas las condiciones médicas (anteriores y actuales) de las que tengo conocimiento deben ser reveladas en este formulario. Si se determina que se ha omitido algún dato, el estudiante será expulsado inmediatamente del programa, se considerará fraude y la acción legal puede resultar en la terminación del programa.

Nombre completo impreso del médico:	Firma del médico:
Dirección:	Date: Sello del médico