

REPORTE MÉDICO SANITARIO

ESTE DOCUMENTO ES SÓLO A TÍTULO INFORMATIVO, SE DEBE RELLENAR LA
VERSIÓN EN INGLÉS

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

PAÍS DE RESIDENCIA _____

FECHA DE NACIMIENTO (MES, DÍA, AÑO) _____

El estudiante debe someterse a un examen físico con un médico autorizado, que no sea un miembro de la familia, dentro de los 12 meses anteriores a su llegada a los Estados Unidos. El médico debe completar este informe para proporcionar detalles del historial médico del solicitante, su salud actual y sus vacunas. Cualquier cambio en el estado de salud debe ser comunicado antes de la llegada a los EE.UU.

01. HISTORIA MÉDICA

¿Ha tenido el estudiante alguna de estas enfermedades? S/N

Alergias a medicamentos, comida etc. _____

Apendicitis _____

Asma _____

Cáncer _____

Celiacía _____

Varicela _____

Tos persistente _____

Diabetes _____

Enuresis _____

Tiroides _____

Dolores de cabeza persistentes _____

Hepatitis _____

Hernia _____

Malaria _____

Sarampión _____

Papera _____

Desórdenes menstruales _____

Desórdenes mentales _____

Parasitos _____

Neumonía _____

Poliomielitis _____

Fiebre reumática _____

Escarlatina _____

Convulsiones _____

Desórdenes del sueño _____

Tuberculosis _____

Vértigos, mareos _____

Alguna enfermedad, discapacidad o anomalía en: S/N

Sangre, sistema endocrino _____

Huesos o articulaciones _____

Cerebro, sistema nervioso _____

Sistema digestivo _____

Oído, orejas _____

Ojos / Visión _____

Sistema genitourinario _____

Corazón, vasos sanguíneos _____

Sistema locomotor _____

Sistema respiratorio _____

Piel (acné etc.) _____

Dientes y encías _____

Anginas, garganta, nariz _____

Varices _____

Otros _____

¿Ha tenido el estudiante alguna de estas situaciones? S/N

Restricción de actividad física en los últimos 5 años _____

Tratamiento o terapia para cualquier enfermedad mental, rasgos de la personalidad o desórdenes del carácter _____

Desórdenes en el aprendizaje o el habla _____

Si la respuesta es Sí en cualquiera de las repuestas escriba los detalles:

Altura: _____

Peso: _____

Presión sanguínea: _____

Grupo sanguíneo: _____

¿Lleva el estudiante lentillas?: S/N

¿Lleva el estudiante gafas?: S/N

Vision sin gafas o lentillas: _____

Vision con gafas o lentillas: _____

¿Ha sido el estudiante tratado por un especialista de algo de lo siguiente?:

Trastorno o déficit de atención _____

Alcoholismo _____

Ansiedad _____

Intento de suicidio _____

Autismo _____

Cortes u otras formas autolesión _____

Depresión _____

Desórdenes alimenticios _____

Dudas con identidad de género _____

Ataques de pánico: _____

Cambios de humor _____

Abuso de sustancias _____

Otros _____

Si la respuesta es Sí en cualquiera de las repuesta escriba los detalles:

¿Está tomando el estudiante alguna medicación o inyecciones? Si la respuesta es sí por favor explíquelo:

¿Llevará el estudiante alguna medicación a EEUU?: Si la respuesta es Sí en cualquiera de las repuesta escriba los detalles:

¿Has sido el estudiante hospitalizado? Si la respuesta es Sí en cualquiera de las repuesta escriba los detalles:

Recomendación para actividades físicas: ¿Ilimitado o limitado?

Opinión sobre la salud del estudiante:

- Excelente
- Bueno
- Suficiente
- Pobre

RELLENAR SOLO LA VERSION EN INGLES