**Formulario de riesgos médicos y contacto de emergencia**

**Objetivo**: Recopilar información relevante sobre posibles riesgos médicos y contactos de emergencia para garantizar la seguridad y bienestar de los estudiantes durante su estancia en el programa.

**Datos personales**

Nombre completo:

Generación:

Fecha de nacimiento:

**Información médica**

1. **¿Tienes alguna condición médica preexistente? (Sí/No)**
Si la respuesta es sí, por favor especifica:
2. **¿Estás tomando algún medicamento regularmente? (Sí/No)**
Si la respuesta es sí, indica los medicamentos y la dosis:
3. **¿Tienes alguna alergia conocida? (Sí/No)**
Si la respuesta es sí, especifica:
4. **¿Tienes alguna condición que pueda requerir atención médica inmediata? (Sí/No)**
Si la respuesta es sí, por favor detállala:
5. **¿Tienes alguna restricción o consideración médica que los encargados del programa deban conocer? (Sí/No)**
Si la respuesta es sí, por favor describe:

**Contactos de emergencia**

1. **Nombre completo del contacto # 1 de emergencia**:
2. **Relación con el estudiante**:
3. **Teléfono de contacto (preferentemente móvil)**:
4. **Correo electrónico (si aplica)**:
5. **Dirección de residencia del contacto de emergencia**:
6. **Teléfono alternativo del contacto de emergencia**:
7. **Nombre completo del contacto # 2 de emergencia**:
8. **Relación con el estudiante**:
9. **Teléfono de contacto (preferentemente móvil)**:
10. **Correo electrónico (si aplica)**:
11. **Dirección de residencia del contacto de emergencia**:
12. **Teléfono alternativo del contacto de emergencia**:

**Observaciones adicionales**

Si existe alguna información relevante que el estudiante considere importante compartir, puede detallarla a continuación: