**REPORTE DE ESTADO DE SALUD ESTUDIANTIL**

Con el fin de recopilar información sobre nuestros estudiantes en proceso de movilidad entrante nos permita su oportuna atención en caso de una emergencia médica, agradecemos dar respuesta al siguiente cuestionario. La información suministrada no será usada para ningún fin diferente al mencionado.

1. Factor RH (signo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo Sanguíneo (letra): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Capacidades especiales:

Motriz:

Visual:

Auditiva:

1. Reporte de enfermedades:

|  |  |
| --- | --- |
| **Enfermedad** | **Respuesta** |
| Anemia |  |
| Ansiedad/depresión |  |
| Artritis |  |
| Asma |  |
| Cáncer |  |
| Desórdenes alimenticios |  |
| Diabetes |  |
| Dolores de cabeza frecuentes |  |
| Enfermedades del corazón |  |
| Epilepsia/convulsiones |  |
| Fiebre reumática |  |
| Hepatitis A/B/C |  |
| Insomnio |  |
| Malaria |  |
| Migraña |  |
| Nerviosismo |  |
| Presión arterial alta |  |
| Problemas digestivos/estomacales |  |
| Problemas de oído (un tipo de infección) |  |
| Problemas de los ojos (un tipo de infección) |  |
| Resfriados frecuentes |  |
| Traumatismo craneal con pérdida de conciencia |  |
| Tos crónica |  |
| Varicela |  |
| Otros |  |

1. Reporte de alergias:
   * ¿Padece el estudiante algún tipo de alergia que deba reportar?
   * En caso afirmativo, indicar el tratamiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alergia** | **Respuesta** | **Tratamiento** |
| Penicilina |  |  |
| Sulfas |  |  |
| Ácido Salicílico |  |  |
| Alimentos |  |  |
| Animales |  |  |
| Insectos |  |  |
| Otros |  |  |

1. ¿Se encuentra el estudiante bajo algún tratamiento médico?
2. ¿Actualmente el estudiante toma algún medicamento?

Hago constar que toda la información proporcionada es verdadera. Doy permiso de usar dicha información en caso de ser necesario para recibir atención médica, durante mi estancia de movilidad.

Nombre y firma del estudiante

Nombre y firma del médico

Número de tarjeta profesional: