**Fecha de Diligenciamiento:** Haga clic aquí para escribir una fecha.

**CUESTIONARIO DE SALUD Y BIENESTAR**

Con la finalidad de contar con información durante su estancia de movilidad que nos permita atenderlo en caso de emergencia médica, favor contestar el siguiente cuestionario. Con la observación de que la información que proporcione no será usada para ningún otro fin.

1. **Datos Personales:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Completo:** | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| **Correo Electrónico:** | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| **Teléfono / Celular:** | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| **No. De Identificación:** | **D.N.I o C.C:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Pasaporte:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Fecha de Nacimiento:** | Haga clic aquí para escribir una fecha. | |
| **Nacionalidad:** | Haga clic aquí para escribir texto. | |

1. **Contacto en Caso de Emergencia**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre Completo:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Parentesco:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Correo electrónico:** | Haga clic aquí para escribir texto. |
| **Teléfono / Celular:** | Haga clic aquí para escribir texto. |

1. **Información Médica General:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Sangre:** | **Grupo Sanguíneo:** Elija un elemento. | | | **Rh:** Elija un elemento. | | |
| **¿Está vacunado contra la Covid-19?** | Elija un elemento. | **¿De estar vacunado, cuál es el tipo de vacuna aplicado?** | | | Haga clic aquí para escribir texto. | |
| **¿Tiene alguna discapacidad?** |  | |  | | |  |

1. **¿Padece alguna de estas enfermedades?:**

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

1. **¿Sufre de alergias? Es caso afirmativo, indique el tratamiento:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Alergia** | **Respuesta** | **Tratamiento** |
| Penicilina | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Sulfas | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Ácido Acetilsalicílico | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Alimentos | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Animales | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Insectos | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |
| Otros | Elija un elemento. | Haga clic aquí para escribir texto. |

1. **¿Se encuentra bajo un tratamiento médico?** Elija un elemento.

**En caso afirmativo, por favor especificar:**



1. **¿Actualmente toma algún medicamento?** Elija un elemento.

**En caso afirmativo, por favor especificar:**



Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y 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**