

FORMULARIO MÉDICO

Apellido: Nombre:
Nombre del padre: Teléfono:
Nombre de la madre: Teléfono:
Grupo sanguíneo:

_ PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

Apellido: Nombre:
Parentesco: Teléfono 1:
Teléfono 2: Email:

_ HISTORIA MÉDICA:

Marcar en caso de presentar alguna de las siguientes:

- Alergia (especificar)
- Asma
- Epilepsia
- Enfermedad cardíaca
- Enfermedades psiquiátricas (especificar)
- Diabetes
- Hipertensión
- Otra (especificar)

¿Toma medicamentos? Sí (especificar el medicamento y las razones) NO

.....
.....
.....
.....

Marcar todos los que correspondan:

- Operaciones (especificar tipo y año)
- Hospitalización (especificar enfermedad y año)

_HISTORIA MÉDICA FAMILIAR:

Marcar todos los que correspondan:

- Asma
- Cáncer (especificar qué tipo)
- Depresión
- Desórdenes alimentarios
- Diabetes
- Enfermedades auto inmunes
- Enfermedades cardíacas
- Enfermedades tiroideas
- Enfermedades psiquiátricas
- Epilepsia
- Hipertensión

Tomo conocimiento, asumo el compromiso, y presto mi consentimiento para que el ITBA y/o sus proveedores me administren tratamientos médicos de emergencia en caso de que a juicio de médicos, enfermeras o staff del ITBA fuese necesario. Entiendo que es requisito para los alumnos de intercambio contar con una cobertura médica internacional, y asumo el compromiso económico de cualquier costo asociado con los tratamientos médicos que me fuesen necesarios ya que la universidad no se hará cargo de ninguno de dichos costos.

Firma del estudiante:

Aclaración:

Fecha: