UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICOESCUELA NACIONAL PREPARATORIA

 **Reporte Médico**

**DATOS DEL PARTICIPANTE**

APELLIDOS DEL ESTUDIANTE NOMBRE DEL ESTUDIANTE NOMBRE DEL CENTRO

DIRECCIÓN PARTICULAR

CALLE C.P. POBLACIÓN PROVINCIA

TEL:

\*El coordinador conservará este impreso durante toda su estancia conjuntamente con la fotocopia del impreso.

**BREVE HISTORIAL MÉDICO**

Aunque el programa no exige un reconocimiento médico completo, recomendamos que el estudiante tenga uno antes de su partida.

ESTADO GENERAL DE SALUD DEL PARTICIPANTE

EXCELENTE \_\_\_ BUENO\_\_\_ REGULAR\_\_\_ MALO\_\_\_

¿HA TENIDO O TIENE ACTUALMENTE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS?

ENFERMEDADES: FECHA: SI\_\_\_ NO\_\_\_

 SI NO SI NO ¿HA SIDO EL ESTUDIANTE HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ?

 SI NO

VARICELA ATAQUES

SARAMPION CAMINA DORMIDO ¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?

PAPERAS APENDICOTOMIA SI NO

POLIOMELITIS TOS(FRECUENTE) ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO?

FIEBRE REUMÁTICA DIABETES MELITUS SI NO

RUBEOLA DESORDENES MENSTRUALES ¿CUÁL ES EL MEDICAMENTO QUE PUEDE TOMAR EN

ESCARLATINA MIGRAÑA SUSTITUTO A ESTE? ¿CUÁL ES SU NOMBRE EN INGLES?

MALARIA DISLALIA SI NO

HEPATITIS DISLEXIA ¿PUEDE EL ESTUDIANTE PRACTICAR TODO TIPO DE

PARASITOS ALERGIAS ACTIVIDADES Y DEPORTES?

HERNIA ASMA SI NO

OTROS EPILEPSIA SI LA RESPUESTA ES NO, FAVOR DE ESPECIFICAR SI NO

**PERMISO PATERNO DE PARTICIPACIÓN**

SOY CONSICENTE DE QUE SIEMPRE HAY UN ELEMENTO DE RIESGO EN CUALQUIER ACTIVIDAD QUE SUPONE SALIR DE LA COMUNIDAD EN LA QUE SE HABITA Y QUE EXISTE CIERTOS RIESGOS ASOCIADOS A LOS PROGRAMAS QUE SUPONEN VIAJAR AL EXTRANJERO CONOCIENDO LOS RIESGOS DE ESTA ACTIVIDAD Y EN PLENO USO DE MIS CAPACIDADES FISICAS Y MENTALES, ME CONSIDERO APTO DE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA ACADÉMICO CULTURAL. ACEPTO LA COMPLETA RESPONSABILIDAD, DURANTE EL TRANSCURSO DE ESTE PROGRAMA, DE TODOS LOS DAÑOS MATERIALES O PÉRDIDA DE PROPIEDADES Y DE LOS GASTOS QUE PUEDAN SURGIR COMO RESULTADO DE MI PROPIA NEGLIGENCIA.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

FIRMA FECHA

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR

FIRMA FECHA