



## CERTIFICADO MÉDICO ESTUDIANTES DE INTERCAMBIO

### DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

**NOMBRE** \_\_\_\_\_  
**SEXO** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_  
**CIUDAD Y PAÍS:** \_\_\_\_\_ **FECHA** (dd/mm/aaaa)

Seleccione la casilla que corresponda con sus antecedentes personales patológicos:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Secuelas de Covid-19 (cuáles) _____    | <input type="checkbox"/> Cáncer (cuáles) _____ |
| <input type="checkbox"/> Inmunológicas (cuáles) _____           | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial |
| <input type="checkbox"/> Cirugías (cuáles) _____                | <input type="checkbox"/> Influenza             |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares (cuáles) _____ | <input type="checkbox"/> Diabetes              |
| <input type="checkbox"/> Neurológicas (cuáles) _____            | <input type="checkbox"/> Alergias              |
| <input type="checkbox"/> Renales (cuáles) _____                 | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad motora (cuáles) _____     | <input type="checkbox"/> Ansiedad y depresión  |

Cuál es su grupo sanguíneo y factor Rh: \_\_\_\_\_

¿Está inmunizado/a contra el Covid-19? ☐ Sí, ☐ No. ¿Cuántas dosis?: \_\_\_\_\_

Fecha de la última dosis (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

¿Toma tratamiento farmacológico para alguna enfermedad crónica?: \_\_\_\_\_

### SIGNOS VITALES:

Tensión arterial \_\_\_\_\_

Temperatura \_\_\_\_\_

Frecuencia respiratoria \_\_\_\_\_

Frecuencia cardiaca \_\_\_\_\_

**Diagnóstico** \_\_\_\_\_

¿Identificó el médico algún factor de riesgo para la salud del alumno? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Especifique** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO:**