



**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:**