

## FICHA MÉDICA / MEDICAL FORM

Por favor, lea y conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Tiene alguna enfermedad preexistente? SI  NO

Do you have any pre-existing conditions?

---

---

2. ¿Recibe actualmente algún tratamiento o medicación en forma regular? SI  NO

Do you currently receive any treatment or medication on a regular basis?

En caso afirmativo, especifique claramente:

If your answer is "YES", please clearly indicate:

---

Nombre del/ los medicamento/s que toma:

Name of the medication/s you take:

---

Nombre de la droga de dicho/s medicamento/s:

Drug-specific information of this/these medication/s:

---

**Si usted toma medicación en forma regular deberá traer la cantidad de medicación suficiente para su período de intercambio. Para ello deberá informarse en el Consulado Argentino correspondiente de los requisitos para ingresar medicación. Asimismo recomendamos traer su historia clínica (diagnóstico, medicación indicada y dosificación) firmada por su médico de cabecera.**

If you take medication on a regular basis, you should bring enough medication for the complete exchange period as well as your medical history indicating: diagnosis, drug prescribed and dosage signed by your physician. You must contact the Argentinean Consulate in order to find out the requirements to enter the country with the prescribed medication.

3. ¿Tiene alguna restricción alimentaria? SI  NO

Do you have any dietary restrictions?

---

4. ¿Es alérgico a alguna medicación, planta, alimento, animal, insecto, etc.? SI  NO

Do you have any allergies to medications, plants, food, animals, insects, etc.?

\_\_\_\_\_

5. ¿Tiene alguna limitación o incapacidad física? SI  NO

Do you have any physical limitation or disabilities?

\_\_\_\_\_

6. ¿Ha padecido alguna enfermedad grave? SI  NO

Have you ever had a major illness?

\_\_\_\_\_

7. ¿Ha tenido alguna cirugía importante o le han aconsejado alguna? SI  NO

Have you ever had a major surgical operation or been advised to have one?

\_\_\_\_\_

8. ¿Ha estado hospitalizado? SI  NO

Have you ever been hospitalized?

\_\_\_\_\_

9. ¿Ha recibido tratamiento por adicción a drogas o alcohol? SI  NO

Have you ever been treated for alcohol or drug addiction?

\_\_\_\_\_

10. ¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico, psicológico, psicoanalítico por desorden mental, emocional o nervioso? SI  NO

Have you been treated by a psychiatrist, psychoanalist, or psychologist for any mental, emotional or nervous disorder?

\_\_\_\_\_

11. ¿Ha recibido tratamiento en una institución de salud mental?

Have you ever had treatment in a mental institution?

SI  NO

\_\_\_\_\_

**12. Si ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas de la 1 a la 11, por favor, brínden información adicional.**

If you have answered YES to any of the questions above, please write additional information:

\_\_\_\_\_

**13. ¿Existe algún tema relacionado con su salud, su historia clínica u otro tema, que desee conversar con algún miembro de la Oficina Internacional (DCI)?**

Are there any concerns regarding your health, family history or other matters that you would like to discuss with a member of the Internacional Office (DCI)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Nombre y número de teléfono del padre, madre o responsable a quien llamar en un caso de emergencia.**

Please, provide name and a daytime telephone number of a parent or guardian to whom contact in case of an emergency.

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ (dd/mm/aa)

Firma del alumno: \_\_\_\_\_