|  |
| --- |
| **FICHA DE INFORMACIÓN MEDICA**MEDICAL INFORMATION SHEET |
| **NOMBRES**\*/NAMES | **APELLIDOS**\*/ LASTNAME |
|  |  |
| **( ) Mr. ( )Mrs. ( )Ms.** |
| **PAIS**\*/COUNTRY |
|  |
| **INSTITUCIÓN**\*/ INSTITUTION |
|  |
| **DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN**\*/ ADDRESS |
|  |
| **CARGO**\*/ POSITION  |
|  |
| **IDIOMA**/ LANGUAGE |
| **( ) Español/**Spanish **( ) Ingles/**English **( ) Otro/**Other |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD/**DOCUMENT NUMBER | **FECHA DE NACIMIENTO\*/** BIRTHDATE |
|  |  |
| **NÚMERO DE PASAPORTE\*/**PASSPORT NUMBER | **FECHA EMISIÓN DE PASAPORTE\*/**ISSUE DATE PASSPORT |
|  |  |
| **PAIS DE EMISIÓN DEL PASAPORTE**\*/COUNTRY OF ISSUANCE OF PASSPORT |
|  |
| **TELÉFONO INSTITUCIÓN\*/** PHONE INSTITUTION |  |
|  |  |
| **CORREO ELECTRÓNICO INSTITUCIONAL**\*/ INSTITUTION E-MAIL | **CORREO ELECTRÓNICO PRIVADO**/ PRIVATE E-MAIL |
|  |  |
| **SEGURO PRIVADO DE SALUD/**PRIVATE HEALTH INSURANCE | **TIPO SANGUÍNEO / BLOOD TYPE** |
|  |  |
| **RESTRICIONES ALIMENTARES**\*/FOOD RESTRICTIONS | **ALERGIAS**\*/ ALLERGIES |
|  |  |

**Seguro de salud / Health Insurance**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Ud. tiene cobertura internacional? Do you have International Coverage?  |  **SÍ / YES**  |  **NO** |

**Historia médica / *Medical History***

***(*Marca el correspondiente */ Please circle any that apply)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diabetes  |  **SÍ / YES**  |  **NO** |
| **Hipertensión /** Hypertension |  **SÍ / YES**  |  **NO** |
| **Enfermedad cardiovascular** / Cardiovascular disease  |  **SÍ / YES**  |  **NO** |
| **Depresión** / Depression |  **SÍ / YES**  |  **NO** |
| **Desórdenes alimenticios (Anorexia, bulimia)** / Eating disorder (Anorexia, bulimia)  |  **SÍ / YES**  |  **NO** |
| **Enfermedad crónica /** Chronic disease |  **SÍ / YES**  |  **NO** |
| **Indicar si se está bajo tratamiento médico o tomando medicinas**\* |  **SÍ / YES**  |  **NO** |
| Indicate if you are undergoing medical treatment or taking prescription medicine\*\*  |  **SÍ / YES**  |  **NO** |
| **Epilepsia u otro desorden neurológico** / Epilepsy or other neurological disorder  |  **SÍ / YES**  |  **NO** |

\*Indica los medicamentos y adjunta fotocopia de las recetas.

*\*\*List your medications and attach photocopies of your prescriptions.*

**Por favor incluye información sobre su salud que sería relevante:**

***Please include any information regarding your health that you feel is relevant***

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA DE EMBARQUE**\*/ DATE OF SHIPMENT | **CIUDAD DE ORIGEN PARA EL EMBARQUE**\*/CITY DEPARTURE |
|  |  |
| **FECHA DE REGRESO**\*/DEPARTURE DATE | **CIUDAD DE DESTINO**\*/ DESTINATION CITY |
|  |  |