|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 |
|  |  |