

Formulario de Contactos y Emergencias - Programa de Intercambio Estudiantil

INFORMACIÓN MÉDICA					
Apellidos				Nombres	
Fecha de Nacimiento	DD	MM	AA	Tipo de Sangre	
Contraindicaciones médicas	Si	No	Especifique:		
Tiene alergias	Si	No	Especifique:		
Ha sido operado	Si	No	Especifique:		
Dieta especial	Si	No	Especifique:		
Requiere servicios especiales para discapacitados	Si	No	Especifique:		
Toma algún tipo de medicación	Si	No	Especifique:		

Tiene alguna condición preexistente	Si	No	Especifique:
Recibe actualmente algún tipo de tratamiento médico	Si	No	Especifique:
¿Ha sufrido de depresión, ansiedad, o cualquier otro tipo de afección mental?	Si	No	Especifique:
¿Ha sido tratado por depresión, ansiedad, o cualquier otro tipo de afección mental?	Si	No	Especifique:
Comentarios:			

DATOS PERSONALES CONTACTO 1

Nombres y Apellidos		Relación con el Estudiante	
E-mail		Teléfono Casa	
Teléfono Celular		Teléfono Oficina	

Dirección:**DATOS PERSONALES CONTACTO 2**

Nombres y Apellidos		Relación con el Estudiante	
E-mail		Teléfono Casa	
Teléfono Celular		Teléfono Oficina	

Dirección:**Comentarios:**