**Formulario Medico**

**Programa de Movilidad Internacional**

La Oficina de Programas Internacionales y Educación Intercultural requiere que el solicitante/estudiante pueda informar sobre cualquier condición/requisito especial, con el fin de dar a cada estudiante el mejor apoyo durante su estancia en la UIDE. Especialmente si el estudiante será acogido en nuestras residencias o por nuestro programa de familias anfitrionas.

Por favor, utilice la tabla que aparece a continuación para verificar el estado de las funciones esenciales indicadas. *(A completar por el estudiante)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de función** | **Función Esencial** | **Limitado /No limitado** | **Comentarios o adaptaciones necesarias.** |
| Percepción Visual | Observar las respuestas de los alumnos y del profesor a distancia y de cerca. | Si\_\_ No\_\_ |  |
| Percepción Auditiva | Detecta los sonidos audibles. | Si\_\_ No\_\_ |  |
| Resistencia física | Estar de pie, caminar y/o sentarse durante 6-8 horas al día. | Si\_\_ No\_\_ |  |
| Capacidad de comunicación | Interactuar eficazmente con los demás, tanto verbalmente como por escrito. | Si\_\_ No\_\_ |  |
| Estabilidad Emocional | Desempeñar múltiples responsabilidades de forma simultánea. | Si\_\_ No\_\_ |  |
| Capacidad cognitiva | Leer, escribir, hablar y comprender la lengua inglesa.Leer, escribir, hablar y comprender la lengua española. | Si\_\_ No\_\_Si\_\_ No\_\_ |  |

Certifico, en la medida de mis posibilidades, que la información anterior es verdadera.

Nombre del Aplicante: Fecha:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR Y PERSONAL**

¿Ha tenido alguna persona emparentada por sangre con usted, alguna de las siguientes condiciones?

*(A completar por el estudiante)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | Relación |  | Si | No | Relación  |
| Coágulos |  |  |  | Diabetes |  |  |  |
| Ataque al corazón antes de los 55 años |  |  |  | Glaucoma |  |  |  |
| Trastorno de la sangre o de la coagulación |  |  |  | Problemas con alcohol  |  |  |  |
| Cáncer (tipo): |  |  |  | Enfermedad psiquiátrica |  |  |  |
| Tendencia Suicida |  |  |  | Trastorno del colesterol o de la grasa en la sangre |  |  |  |
| Presión arterial alta |  |  |  |  |  |  |  |

Indique por favor:

Altura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido o tiene en la actualidad: (marque a la derecha de cada punto y, en caso afirmativo, indique el año de la primera aparición).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | Año |  | Si | No | Año |  | Si | No | Año |
| Presión arterial alta |  |  |  | Problemas de tiroides |  |  |  | Depresión incapacitante |  |  |  |
| Fiebre reumática |  |  |  | Diabetes |  |  |  | Parálisis |  |  |  |
| Ulcera (duodenal o estomago) |  |  |  | Problemas de vesícula o cálculos biliares |  |  |  | Preocupación o ansiedad excesiva |  |  |  |
| Dolor o presión en el pecho |  |  |  | Mononucleosis |  |  |  | Asma |  |  |  |
| Dificultad para respirar |  |  |  | Vómitos frecuentes |  |  |  | Problemas intestinales |  |  |  |
| Enfermedad cutánea grave |  |  |  | Terapia de inyección para la alergia |  |  |  | Quiste pilonidal |  |  |  |
| Neumonía |  |  |  | Artritis |  |  |  | Fiebre alta |  |  |  |
| Tos crónica |  |  |  | Conmoción cerebral |  |  |  | Malaria |  |  |  |
| Radiación en la cabeza o el cuello |  |  |  | Dolor de cabeza frecuente o intenso |  |  |  | Ictericia o hepatitis |  |  |  |
| TratamientosTumor o cáncer (especificar) |  |  |  | Mareos o desmayos |  |  |  | Enfermedad rectal |  |  |  |
| Hueso, articulación u otroDeformidad |  |  |  | Traumatismo craneoencefálico grave |  |  |  | Dolor abdominal severo o recurrentedolor abdominal |  |  |  |
| Hernia |  |  |  | Sinusitis |  |  |  | Lesión de espalda |  |  |  |
| Fácilmente fatigable |  |  |  | Problemas de rodilla |  |  |  | Problemas de corazón |  |  |  |
| Anemia o drepanocitosis |  |  |  | Dolor de espalda recurrente |  |  |  | Infección renal |  |  |  |
| Problemas oculares además denecesitan gafas |  |  |  | Hueso roto(especificar) |  |  |  | Infección de la vejiga |  |  |  |
| Cálculos renales |  |  |  | Proteínas o sangre en la orina |  |  |  | Pérdida de audición |  |  |  |
| Fuma más de un paquete de cigarrillos a la semana |  |  |  | Cólicos menstruales severos |  |  |  | Períodos irregulares |  |  |  |
| Enfermedad de Transmisión sexual |  |  |  | Transfusión de sangre |  |  |  | Uso de alcohol |  |  |  |
| Anorexia/Bulimia |  |  |  | Lesión en el cuello |  |  |  | Uso de drogas |  |  |  |

Enumere los fármacos, medicamentos, píldoras anticonceptivas, vitaminas, minerales y cualquier producto a base de hierbas/natural (con o sin receta) que utilice y la frecuencia con la que los utiliza.

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Uso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dosificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicación recomendada en caso de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | Lista de alergias |
| **Alergias** |  |  |  |

**HISTORIA DE SALUD FAMILIAR Y PERSONAL-CONTINUADA** *(A completar por el estudiante)*

Marque cada punto con "Sí" o "No". Cada punto marcado con "Sí" debe explicarse completamente en el espacio de la derecha (o en una hoja adjunta). ¿Ha experimentado alguna vez reacciones adversas (hipersensibilidad, alergias, malestar estomacal, sarpullido, urticaria, etc.) a alguno de los siguientes elementos? En caso afirmativo, explique detalladamente el tipo de reacción, su edad cuando se produjo la reacción y si la experiencia se ha producido más de una vez.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Reacciones adversas a | Si | No | Explicación |
| Penicilina |  |  |  |
| Sulfa |  |  |  |
| Otros antibióticos (nombre) |  |  |  |
| Aspirina |  |  |  |
| Codeína |  |  |  |
| Otros analgésicos (nombre) |  |  |  |
| Otras drogas, medicamentos, productos químicos (especificar) |  |  |  |
| Picado de insectos |  |  |  |
| Alergia a algún alimento (nombre) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No | Explicación |
| ¿Tiene alguna enfermedad o discapacidad que limite sus actividades físicas? |  |  |  |
| ¿Ha interrumpido su carrera académica debido a problemas físicos o emocionales? |  |  |  |
| ¿Hay pérdida o deterioro grave de la función de algún órgano par? |  |  |  |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad o lesión grave aparte de las ya señaladas? |  |  |  |

**HÁBITOS Y PREFERENCIAS ALIMENTARIAS**

Por favor, indíquenos sus preferencias dietéticas:

Vegano\_\_ Vegetariano \_\_ Otros (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna restricción dietética, es alérgico a algún componente? En caso afirmativo, especifique:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**VACUNAS PARA VIAJAR A ECUADOR**

La inmunización contra la COVID 19, es necesaria para participar de los programas internacionales de la UIDE, además el certificado de vacunación será solicitado por las autoridades de migración para su ingreso al país. También existe una fuerte recomendación de parte del Ministerio de Salud de aplicarse determinadas vacunas:

Solo es obligatoria la vacuna contra la **fiebre amarilla**, para aquellos viajeros que proceden de algún país en que esta enfermedad sea considerada endémica. La fiebre amarilla solo es considerada una enfermedad endémica en algunas regiones de África y Latinoamérica (Argentina – Bolivia – Brasil – Colombia – Ecuador – Guayana Francesa – Guyana – Panamá – Paraguay – Perú – Surinam – Trinidad and Tobago – Venezuela), siendo causada por un virus que se transmite a través de la picadura del mosquito *Aedes aegypti* en regiones tropicales. Esta vacuna debe aplicarse hasta 10 días antes de ingresar a Ecuador.

La vacuna contra la **fiebre amarilla**, además, es recomendable de aplicar cuando se visitan las provincias del este de los Andes, a altitudes por debajo de los 2300m, correspondientes a: Morona Santiago, Napo, Orellana, Pastaza, Sucumbios y Zamora Chinchipe. En otros sitios turísticos de Ecuador, como [Quito](https://enviajes.cl/ecuador/quito/), Guayaquil o las [Galápagos](https://enviajes.cl/ecuador/islas-galapagos/), esta vacuna no es recomendable.

Es recomendable tener al día ciertas vacunas que permitan protegerse de enfermedades de distribución mundial, entre éstas figuran la vacuna contra elTétanos-difteria-tos ferina, la Triple Vírica (Sarampión, rubeola, parotiditis) y la Hepatitis A.

La **Hepatitis B**, solo es sugerida para condiciones especiales, tales como viajeros que practiquen actividades de riesgo, donde podrían entrar en contacto sangre u otros fluidos corporales. Existen tasas elevadas de infección crónica en la cuenca del Amazonas.

La [vacuna contra la **fiebre tifoidea**](https://salud.uncomo.com/articulo/como-tomar-la-vacuna-contra-la-fiebre-tifoidea-6214.html), también es recomendable pues esta enfermedad puede contraerse si visitas lugares con malas condiciones higiénicas vinculadas con la manipulación de los alimentos y la calidad del agua.