

UNIVERSIDAD DE LIMA – ESCUELA DE NEGOCIOS
PARTICIPACIÓN EN PROGRAMA SEMANA INTERNACIONAL EN MADRID:
INTERNACIONALIZACIÓN, LIDERAZGO Y COMUNICACIÓN EMPRESARIAL
NEXT INTERNATIONAL BUSINESS SCHOOL
MARZO 2016

FICHA MÉDICA

Información personal:

Código de alumno UL: _____

DNI: _____

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombres completos: _____

La firma de este documento indica haber realizado una lectura a conciencia del contenido y que la información detallada es fidedigna y actualizada.

Firma del padre, madre o tutor, o del alumno(a) mayor de edad:

DNI: _____

Código de alumno:

Fecha: __/__/__

Fecha del último examen médico completo: _____

¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico o tomando medicamentos? SI NO

¿Ha tenido alguna cirugía, enfermedad o cambio en su estado de salud desde el último examen médico? SI NO

Comente: _____

Tiene enfermedades (o historia) de:

Asma SI NO

Bronquitis SI NO

Diarrea SI NO

Diabetes SI NO

Hemofilia SI NO

Epilepsia SI NO

Problemas menstruales SI NO

Afecciones pulmonares SI NO

Afecciones cardiovasculares SI NO

Afecciones renales SI NO

Afecciones hepáticas SI NO

Afecciones neurológicas SI NO

Afecciones psiquiátricas SI NO

Afecciones articulares SI NO

Afecciones a los oídos SI NO

Afecciones a los ojos SI NO

¿Es alérgico? SI NO Comente: _____

¿Tiene restricciones alimenticias? SI NO Comente: _____

Tipo de sangre: _____

¿Presenta alguna condición emocional o física que pueda requerir especial atención?

Actualmente ¿sigue algún tratamiento médico? Especifique: _____

En caso de medicación, indicar nombre del medicamento y dosis:

Otras: _____

Utilice este espacio si desea incluir algún comentario respecto a su estado de salud:

