

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 parent, 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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Bronquitis	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diabetes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Hemofilia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Epilepsia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Problemas menstruales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones pulmonares	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones cardiovasculares	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones renales	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones hepáticas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones neurológicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones psiquiátricas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones articulares	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones a los oídos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Afecciones a los ojos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

¿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:
