

**UNIVERSIDAD DE LIMA – FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y ECONÓMICAS**  
**PARTICIPACIÓN EN EL AUSTRALIAN BUSINESS EXPERIENCE PROGRAM**  
**UNIVERSITY OF QUEENSLAND**  
**FECHAS DE VIAJE:**  
**PARTIDA 28 DE JULIO – RETORNO 11 DE AGOSTO**  
**FECHAS DE REALIZACIÓN DEL PROGRAMA**  
**DEL 30 DE JULIO AL 11 DE AGOSTO DEL 2018**

**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 alumno(a) mayor de edad:

\_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

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:

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