

**FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO PROGRAMA  
VOLUNTARIADO JUVENIL ALIANZA DEL PACIFICO**



**Alianza del  
Pacífico**

**INSCRITOS**

El presente formulario deberá ser diligenciado por médico titulado y autorizado para ejercer, con firma y sello del profesional.

**INFORMACIÓN PERSONAL**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>NACIONALIDAD</b>	

**ENFERMEDADES Y ACCIDENTES**

<b>EL PACIENTE...</b>	<b>CONDICION</b>	<b>TRATAMIENTO</b>	<b>FECHA DE LOS HECHOS (aprox.)</b>
¿Ha sufrido alguna enfermedad crónica?			
¿Ha sufrido problemas respiratorios dentro del último mes (asma, bronquitis, neumonía, enfisema, otros)?			
¿Ha sufrido alguna enfermedad sanguínea o hemorragia dentro de los últimos seis meses (hepatitis, úlcera, anemia u otros)?			
¿Ha tenido algún trastorno cardiovascular dentro de los últimos seis meses (infarto de miocardio, arritmia, apoplejía u otros)?			
¿Ha tenido algún tipo de operación dentro del último año?			
¿Ha sufrido algún tipo de fractura, luxación, esguince o desgarro, dentro de los últimos 3 meses?			
¿Ha presentado algún problema articular dentro de los últimos tres meses (diartrosis, artritis, problemas de meniscos, tendinitis u otros)?			
¿Ha recibido algún tipo de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico dentro de los últimos seis meses?			

¿Cuál es su dieta alimenticia?			
En experiencias sobre los 2.000 metros de altitud, ¿Ha manifestado puna, mareo, mal de altura, dolor de cabeza, u otros?			
¿Comentarios y observaciones generales?			

**El paciente ha tenido alguna vez Chikungunya o Zika? Si la respuesta es sí, por favor proveer detalles, indique cuando y durante cuánto tiempo?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Por favor indíquenos si el paciente informar padecer alergias, cuáles y la severidad (si necesita medicamentos, por favor especifique cuales):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**MEDICACIÓN**

	<b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b>	<b>DOSIS</b>
<b>Por favor brinde detalles de cualquier medicamento regular formulado que esté tomando el paciente</b>		

**INMUNIZACIONES**

<b>El postulante debe haber cumplido el programa completo de vacunación recomendado para su país. Indique en el cuadro cuáles vacunas están al día.</b>	<b>INMUNIZACIONES</b>	<b>POR FAVOR MARQUE SI ESTÁ AL DÍA</b>
	Tétano (válido por 10 años)	
	Hepatitis B (válido por 5 años)	
	Fiebre Amarilla (válido por 10 años)	
	Influenza	

**INFORMACIÓN Y FIRMA DEL MÉDICO QUE EFECTUÓ EL EXAMEN**

<b>NOMBRE DEL MÉDICO</b>	
<b>DIRECCIÓN O TELEFONO</b>	
<b>FIRMA Y SELLO</b>	
<b>FECHA DEL EXAMEN</b>	

**\*\*\* El postulante acepta compartir su información con las instancias correspondientes que evaluarán su candidatura**

**\*\*\*En caso de mujeres en estado de embarazo, que se postulen a esa convocatoria, deben tener en cuenta las siguientes consideraciones: 1) El seguro médico no incluye controles prenatales, exámenes de diagnósticos, ni atención del parto. 2) El gobierno del país receptor no se hace responsable por trámites de nacionalidad, registro, traslado de familiares, cuidado del niño(a), etc. 3) El estado de embarazo y período después de este no es razón justificada para no llevar a cabo exitosamente la acción voluntaria.**

**\*\*\* Los datos personales recabados serán protegidos y tratados de conformidad con lo dispuesto en la normatividad y demás disposiciones aplicables de los cuatro (4) países miembros de la Alianza del Pacífico Con ese carácter se proporcionará a las dependencias participantes en el Programa Voluntariado Juvenil.**