

FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO PROGRAMA DE MOVILIDAD KONRADISTA

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

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE - ESTUDIANTE

FECHA	
NOMBRES Y APELLIDOS	
PAÍS DE DESTINO	

ENFERMEDADES Y ACCIDENTES

EL PACIENTE – ESTUDIANTE ...	CONDICIÓN	TRATAMIENTO	FECHA DE LOS HECHOS (aprox.)
¿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?			
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: <ul style="list-style-type: none"> - Embarazo - Otras enfermedades 			

¿El paciente ha sufrido COVID-19? Si la respuesta es sí, por favor proveer detalles, indique cuando y si este ha sido vacunado.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

MEDICACIÓN

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

INMUNIZACIONES

El estudiante debe haber cumplido el programa completo de vacunación recomendado por el país de destino. Indique en el cuadro cuáles vacunas están al día.	INMUNIZACIONES	POR FAVOR MARQUE SI ESTÁ AL DÍA
	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

NOMBRE DEL MÉDICO	
DIRECCIÓN O TELEFONO	
FIRMA, SELLO y N° DE CÉDULA	
FECHA DEL EXAMEN	

AUTORIZACIÓN Y RECOMENDACIONES

Confirmando que durante la valoración médica realizada no se encontró ninguna condición médica o relacionada con la salud que impida al estudiante realizar un intercambio académico semestral o práctica profesional en el exterior.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Recomendaciones		

--	--

FIRMA DEL PACIENTE-ESTUDIANTE

Confirmando que he sido cuestionado sobre mis antecedentes médicos personales y notifico que toda la información que he brindado al médico ha sido veraz y completa, por lo cual me hago responsable y firmo a continuación.	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

*** El postulante acepta compartir su información con las instancias correspondientes que evaluarán su postulación.

***En caso de mujeres en estado de embarazo, que se postulen, deben tener en cuenta que es razón justificada para no llevar a cabo el intercambio.

*** En caso de estudiantes en tratamiento psiquiátrico y psicológico, deberán ser autorizados por su psicólogo/ psiquiatra y seguir las recomendaciones que éste señale.

*** Los datos personales recabados serán protegidos y tratados de conformidad con lo dispuesto en la normatividad y demás disposiciones aplicables a la Ley colombiana.

*** La Fundación Universitaria Konrad Lorenz se reserva el derecho de aceptar o negar el proceso de movilidad del estudiante.