



# Universidad Nacional Autónoma de México

Dirección General de Cooperación e Internacionalización

Oficina de Fomento a la Internacionalización

Subdirección de Movilidad Estudiantil



## Antecedentes Médicos

Alumnos Externos - Nivel Licenciatura

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Pasaporte No.: \_\_\_\_\_

### SÉGURO MÉDICO

Cobertura \_\_\_\_\_

Compañía \_\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Teléfonos de Emergencia: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES CLÍNICOS

Grupo Sanguíneo \_\_\_\_\_

Persona de contacto en caso de emergencia (proporcionar nombre, parentesco y teléfono )

\_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Padecimientos crónicos \_\_\_\_\_

¿Tomas algún medicamento? Sí ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### VACUNAS (Fechas de la última vacuna)

DPT \_\_\_\_\_ Polio \_\_\_\_\_ Varicela \_\_\_\_\_

Paperas \_\_\_\_\_ Hepatitis A \_\_\_\_\_ Hepatitis B \_\_\_\_\_

Meningitis \_\_\_\_\_ Tifoidea \_\_\_\_\_ Influenza \_\_\_\_\_

Último refuerzo para tétanos \_\_\_\_\_

Otra vacuna recomendada por el médico \_\_\_\_\_

*Nota: En algunos lugares de la República Mexicana es necesario tener alguna vacuna en específico. Favor de considerar lo anterior en caso de viajar a zonas rurales fuera del D.F.*

### MÉDICO PERSONAL

Nombre del médico personal \_\_\_\_\_

Teléfono y Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Explica alguna condición que podría requerir atención médica especial:**

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del estudiante \_\_\_\_\_