

HISTORIAL MÉDICO

ESTADO GENERAL DE SALUD

Nombre completo:

Consideraciones físicas, alimenticias, personales o de alguna otra índole. Esta información no afectará el proceso de selección, pero servirá para que el área de Servicios Médicos de nuestra institución tenga en cuenta las necesidades especiales de los (las) participantes.

Ha padecido o padece	Sí	No	Fecha	Complicaciones
Hepatitis				
Paperas				
Sarampión				
Varicela				
Convulsiones por fiebre				
Influenza				
SARS-CoV-2				
Internamientos o intervenciones quirúrgicas				
¿En este momento se encuentra bajo algún tratamiento médico?				Si la respuesta es afirmativa, especificar tipo de enfermedad y tratamiento:
Alergia a medicamentos				Si la respuesta es afirmativa, mencionar los medicamentos:
Alergia a alimentos				Si la respuesta es afirmativa, mencionar los alimentos:
Otro tipo de alergias				Si la respuesta es afirmativa, mencionar a qué se es alérgico:
Consumo actual de medicamento				Si la respuesta es afirmativa, mencionar el o los medicamentos:
Especificar con cuál seguro médico por parte de una instancia pública cuentas, así como número de folio para ser atendido. En caso de no contar con cobertura médica por parte de una instancia pública, colocar la CURP.				Nombre del seguro médico: Folio: CURP:

AVISO DE PRIVACIDAD.- Los datos de carácter personal que proporcionas a través del presente acto, incluyendo aquellos considerados como sensibles por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, serán tratados por la Fundación Universidad de las Américas, Puebla (Ex hacienda Santa Catarina Mártir S/N, San Andrés Cholula, Puebla, C. P. 72810) únicamente para estructurar tu expediente médico durante tu participación en el Programa de Liderazgo para Jóvenes Indígenas, en apego a los artículos 6, 8, 16 y 17 de la ley referida. Al proporcionar la información aquí solicitada, reconoces que has tenido a la vista y conoces el Aviso de Privacidad (www.udlap.mx/privacidad/) consintiendo expresamente en este acto que la UDLAP trate los datos aquí proporcionados para la finalidad arriba informada.

En caso de presentarse algún accidente que requiera atención médica mayor, autorizo que la Fundación Universidad de las Américas, Puebla tome las medidas necesarias considerando las indicaciones dictadas por el cuerpo médico de la UDLAP. Por otro lado, si es necesario el uso de algún tratamiento o medicamento, deslindo a la Fundación Universidad de las Américas, Puebla de hacerse responsable de su control o suministro. Si por alguna razón el seguro aquí referido no fuere contratado, la UDLAP no tendrá responsabilidad alguna si llegare a necesitarlo, por lo que será mi responsabilidad cualquier situación que llegase a suscitarse respecto a la aplicación del seguro.

Firma de conformidad