



FORMULARIO MÉDICO/MEDICAL FORM

*Para ser llenado por el solicitante
To be completed by the participant*

Nombre Completo / Full name

Universidad de Origen/ Home Institution

Lugar y Fecha/ Date

**POR FAVOR MARCA LA OPCIÓN CORRECTA EN CADA CASO:
PLEASE ANSWER THE QUESTIONS BELOW**

	SI/ YES	NO
¿Estás bajo tratamiento médico actualmente? Do you currently receive any treatment or medication on a regular basis?		
¿Has tenido alguna enfermedad seria o grave? Have you ever had a major illness?		
¿Te han practicado alguna cirugía mayor? Have you ever had a major surgical operation?		
¿Tienes alguna limitación física? Do you have any physical limitations or disabilities?		
¿Has recibido algún tratamiento por adicción a drogas o alcohol? Have you ever received treatment for drug or alcohol addiction?		
¿Has sido tratado por algún padecimiento emocional o nervioso? Have you ever been treated for any mental, emotional or nervous disorder?		

**SI ALGUNA DE TUS RESPUESTAS HA SIDO AFIRMATIVA, POR FAVOR EXPLICA
IF YOU HAVE ANSWERED YES TO ANY OF QUESTIONS, PLEASE EXPLAIN BELOW**



Es indispensable que cuentes con un seguro médico contra enfermedades y accidentes durante tu estancia en el país. Si ya cuentas con un seguro de cobertura internacional, favor de anotar los datos.

It is mandatory to have medical insurance, to cover any accident and/or sickness. If you already have medical insurance, please indicate the following information.

COMPAÑÍA DE SEGUROS/ INSURANCE CO	
PÓLIZA NÚMERO/ INSURANCE NUMBER	
VENCIMIENTO/ VALID THROUGH	

**CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES VERDADERA.
I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE.**

FIRMA / SIGNATURE _____

