



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

COORDINACIÓN GENERAL PARA EL FORTALECIMIENTO ACADÉMICO Y VINCULACIÓN

CUESTIONARIO DE SALUD

Con la finalidad de contar con información durante tu estancia de movilidad que nos permita tu atención en caso de una emergencia médica, favor de contestar el siguiente cuestionario. Con la observación de que la información que proporcionas no será usada para ningún otro fin.

Grupo sanguíneo: _____

Tienes alguna discapacidad:

Motriz Sí _____ No _____

Visual Sí _____ No _____

Auditiva Sí _____ No _____

1. Padeces alguna de estas enfermedades:

Enfermedad	Respuesta
Anemia	
Ansiedad/depresión	
Artritis	
Asma	
Cáncer	
Desórdenes alimenticios	
Diabetes	
Dolores de cabeza frecuentes	
Enfermedades del corazón	
Epilepsia/convulsiones	
Fiebre reumática	
Hepatitis A/B/C	
Insomnio	
Malaria	
Migraña	
Nerviosismo	
Presión arterial alta	
Problemas digestivos/estomacales	
Problemas del oído (un tipo de infección)	
Problemas de los ojos (un tipo de infección)	
Resfriados frecuentes	
Traumatismo craneal con pérdida de conciencia	
Tos crónica	
Varicela	



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

COORDINACIÓN GENERAL PARA EL FORTALECIMIENTO ACADÉMICO Y VINCULACIÓN

2. ¿Sufres de alergias? En caso afirmativo indica el tratamiento.

Alergia	Respuesta	Tratamiento
Penicilina		
Ácido Salicílico		
Alimentos		
Animales		
Insectos		
Otros		

3. ¿Te encuentras bajo tratamiento médico?

Sí _____ No _____

4. ¿Actualmente tomas algún medicamento?

Sí _____ No _____

Certifico que toda la información proporcionada es verdadera. Doy permiso de usar dicha información en caso de ser necesario para recibir atención médica, durante mi estancia de movilidad.

_____ Nombre y firma del estudiante

_____ Nombre y firma del médico Número de Cédula profesional