



## SECCIÓN B: MEDICAMENTOS Y NECESIDADES ACTUALES

Si existe alguna necesidad especial o alergia, por favor envíe esta página (o envíe la información de manera separada) al equipo del programa previamente a su inicio

Nombre del participante:

Asociación nacional de origen:

### Dieta

¿Necesita de una dieta especial? Sí  No

En caso afirmativo, detalle:

¿Existe algún tipo de alimento que no pueda o no deba comer? Sí  No

En caso afirmativo, por favor detalle:

### Alergias

¿Tiene alergia...

a la comida? Sí  No

En caso afirmativo, por favor detalle:

a picaduras de abejas o insectos Sí  No

En caso afirmativo, por favor detalle:

Medicamentos Sí  No

En caso afirmativo, por favor detalle:

Otros Sí  No

En caso afirmativo, por favor detalle:

¿Tiene que llevar consigo algún set de anafilaxia? Sí  No

En caso afirmativo, por favor detalle el contenido:

¿Qué medicamentos puede tomar ante una reacción alérgica?

**\*Si necesita uno, por favor recuerde traerlo con usted**

### Medicamentos

¿Toma algún medicamento? Incluya los medicamentos que no necesitan receta o remedios para evitar cualquier malentendido.

Marca	Genérico	Dosis, Horario, Instrucciones especiales	Si es una receta, ¿se puede renovar?
			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
			Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

**\*Por favor, lleve un suministro suficiente para todo el viaje**

### Necesidades especiales

¿Tiene alguna necesidad especial o requiere de alguna ayuda? Sí  No

En caso afirmativo, por favor detalle:

**Por favor traiga consigo la documentación relativa a la medicación especial (por ejemplo, patologías encontradas en electrocardiogramas o radiografías) que será de gran ayuda para el médico que le trate en el país de acogida. Traerla consigo evitará costes y procedimientos innecesarios. Se recomienda que hable de esto con su médico habitual.**

## SECCIÓN C: HISTORIAL MÉDICO

En caso de hospitalización por parte de CISV, el historial médico de los participantes estará disponible en:

Médico / Hospital:	
Teléfono:	
Dirección:	

¿Ha tenido el participante alguna enfermedad infecciosa? Por favor marque  **Alguna que aplique:**

<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Tos convulsa (Tosferina)	<input type="checkbox"/> Hepatitis (especifique tipo)	<input type="checkbox"/> Amigdalitis frecuentes
<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Encefalitis	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Rubeola (Sarampión Alemán)	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Fiebre amarilla	<input type="checkbox"/> Bronquitis
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Otitis	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Infección neumocócica
<input type="checkbox"/> Infección por estafilococos	<input type="checkbox"/> Infección estreptocócica	<input type="checkbox"/> Otras, por favor detalle:	

Por favor facilite un pequeño dossier o explicación referente a lo señalado en las casillas anteriores y si ha habido complicaciones

¿Tiene el participante algún problema médico recurrente o crónico? Por favor marque  **Alguna que aplique:**

<input type="checkbox"/> Anemia/desorden sanguíneo	<input type="checkbox"/> Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Migrañas/dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastorno endocrino	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Limitaciones de movilidad
<input type="checkbox"/> Autismo / Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Enfermedades osteomusculares
<input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> Enfermedades tiroideas	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Problemas neurológicos
<input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares	<input type="checkbox"/> Enfermedades oftalmológicas*	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Trastornos convulsivos
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedades gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Trastorno del sueño
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Psicosis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Síndrome de atención deficitaria e hiperactividad	<input type="checkbox"/> Otras, por favor detalle:		

**\*Si usa gafas o lentillas, por favor traiga una copia de la prescripción médica al programa**

Por favor especifique si hay algo que el equipo del programa debiera tener en cuenta relativo a la información introducida:

¿Alguien en su familia ha padecido estas enfermedades? Por favor, marque :

<input type="checkbox"/> Alergias o asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Migrañas/dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> Enfermedades cutáneas
<input type="checkbox"/> Otras, por favor detalle:			

Por favor especifique si hay algo que el equipo del programa debiera tener en cuenta relativo a la información introducida:

En los últimos 5 años, ¿ha sido paciente de un hospital por alguna causa?

Sí  No

Fecha	Diagnóstico	Detalles

Para mujeres participantes:

¿La participante tiene la menstruación?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
En caso afirmativo, ¿tiene algún trastorno menstrual?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
¿Qué medicamentos puede tomar ante un dolor menstrual / dismenorrea?	
¿Está la participante embarazada o puede estarlo?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

**Vacunas:**

Por favor facilite la información referente a las vacunas recibidas:

Vacuna	Sí	No	Fecha de inoculación o de dosis de recuerdo	Vacuna	Sí	No	Fecha de inoculación o de dosis de recuerdo
Difteria, Tosferina, Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Paperas, Rubeola Sarampión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Polio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hepatitis A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Sarampión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Varicela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Gripe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Meningococemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Antineumocócica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tétanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Otras, por favor detalle:			

¿Ha recibido el participante las vacunas necesarias para viajar a su país de acogida?

Sí No

Por favor facilite los detalles:

Vacuna	Sí	No	Fecha
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## SECCIÓN D: CERTIFICACIÓN

Yo certifico que todas las respuestas facilitadas en este formulario son verdaderas, exactas y completas, y notificaré a CISV Internacional cualquier cambio relevante que pueda ocurrir antes o durante mi programa internacional. He incluido en este formulario, aconsejado por la oficina local de CISV, mi consentimiento para el personal de acogida ante cualquier necesidad especial o ayuda que yo/el participante pueda tener relacionada con mi/su salud física y mental. Soy consciente de que si yo no proporciono la información completa, puede causar dificultades y preocupación a los demás pudiendo afectar a mi/su propio bienestar. Entiendo que si no facilito la información completa, CISV puede decidir enviarme/al participante de vuelta o salir del programa a mi propio coste.

Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica a CISV Internacional o sus agentes para que me pueden proporcionar la asistencia necesaria. Estoy de acuerdo, además, que CISV Internacional o sus agentes pueden divulgar información a otras personas que pueden necesitar esta información para ayudarme / al participante o para ayudar a otros en el programa. Entiendo y acepto que este formulario pueda ser divulgado al Presidente o Director del Programa para tales fines.

Si mis padres o tutores no hubieran firmado este formulario, yo represento y certifico que no soy menor de edad, según las leyes de mi país. Marque si es así.

Firma del Participante/Adulto o Familiar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor del Participante/Menor o Familiar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN E: DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOBRE EL PARTICIPANTE DE CISV

PARA EL MÉDICO: El participante formará parte del programa internacional de CISV. Por favor tenga en cuenta la condición física general del participante y su salud mental en relación con los requisitos generales de participación en el programa que le fueron explicados por el propio participante o su padre/tutor. Por favor revise la información médica completada en las secciones A, B y C y cualquier otra información que tenga disponible en relación con el historial médico del participante. Esto puede incluir un examen físico si lo considera apropiado. Por favor hable con el participante referente a algún asunto médico o vacunas que sean necesarias para viajar al país de acogida. El médico que firma es responsable sólo de la información introducida en la sección E de este formulario.

Sí | soy el médico de cabecera del participante.  
 No

He revisado la información proporcionada y verifico que coincide con la información disponible del participante, según su historial médico: Verdad  Falso

No tengo información ni conocimiento del historial médico del participante más allá de la información que me muestra en las secciones de este formulario Verdad  Falso

Comentarios

El participante está física y mentalmente bien para viajar y participar en el programa internacional de CISV Sí  No

Examen físico realizado: Sí  No

Comentarios adicionales/información relevante:

¿Hay algún indicio de abuso de alcohol o drogas? Sí  No

¿Hay alguna evidencia de trastornos infecciosos o enfermedades? Sí  No

Este participante puede formar parte de todas las actividades con las siguientes restricciones o recomendaciones: Ninguna

Detalles de la limitación en la participación (si aplica):

### MEDICINA DE VIAJE

El participante ha recibido la información oportuna referente al viaje al país de acogida: Sí  No

El participante ha recibido todas las recomendaciones referentes a las vacunas necesarias para viajar al país: Sí  No

El participante ha recibido la profilaxis de la malaria para viajar al país (si fuera necesario): Sí  No

Certifico que toda la información introducida en esta página del formulario es verdadera y exacta en base a mi conocimiento profesional.

Firma del médico que ha realizado el examen: \_\_\_\_\_

Nombre del médico que ha realizado el examen: \_\_\_\_\_

Fecha:

Sello del médico o tarjeta de visita: