**FORMULARIO DE SALUD Y BIENESTAR.**

*Completar y entregar a las Oficinas de Relaciones Internacionales de la UM)*

**Seguro Médico Internacional:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Seguro Médico/Compañía |  |
| Nro. de Póliza |  |
| Vigencia |  |
| Teléfono de Asistencia desde Argentina |  |

**Antecedentes Clínicos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo sanguíneo |  |
| Alergias |  |
| Contacto en caso de emergencia |  |
| ¿Tomas algún medicamento? ¿Cuáles? |  |
| Padecimientos crónicos |  |
| Discapacidad. ¿Cuál? |  |

**Vacunas:**

*(solamente especificar que vacunas tiene colocadas para ficha de salud, no será necesario vacunarse en las faltantes)*

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de la última vacunación de DPT |  |
| Fecha de la última vacunación de polio |  |
| Fecha de la última vacunación de hepatitis A |  |
| Fecha de la última vacunación de hepatitis B |  |
| Fecha de la última vacunación de meningitis |  |
| Fecha de la última vacunación de tifoidea |  |
| Fecha del último refuerzo para tétanos |  |
| Otra vacuna recomendada por el médico |  |

**Médico Personal:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Teléfono y e-mail |  |
| Condición que pueda requerir atención médica especial |  |

**AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MEDICO Y/O QUIRÚRGICO EN CASO DE EMERGENCIA**

*(Completar y entregar a las Oficinas de Relaciones Internacionales de la UM)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre completo |  |
| Dirección |  |
| Teléfono |  |
| Persona a contactar en el extranjero |  |
| E-Mail – Persona de Contacto |  |
| País |  |
| Parentesco |  |
| Compañía de seguros |  |
| Número de póliza |  |

Mendoza, Argentina, ……..de………………..de………..

Secretaría Académica

Universidad de Mendoza

Boulogne Sur Mer 683 - 5500 Mendoza - Argentina

YO , ………………………………………………………..nacido/a el día …... del mes ……..……………. de……...

1. Acepto y autorizo la hospitalización y tratamiento que será llevado a cabo bajo la supervisión de un médico calificado.
2. Acepto y autorizo que me administren la anestesia que se pueda considerar necesaria o deseable según el criterio del médico tratante o el anestesiólogo.
3. Acepto y autorizo la realización de cualquier operación o procedimiento que pueda llegar a ser necesario o deseable según el discernimiento del médico.
4. Acepto y autorizo que se imprima cualquier fotografía en el curso del tratamiento con el propósito de avanzar en el conocimiento médico.
5. Acepto y autorizo que si es necesario se me realice una transfusión de sangre o de cualquier otra sustancia o la administración de cualquier medicamento. Como la elaboración de los mismos no es función del Hospital, lo libero de cualquier responsabilidad.

Firma y aclaración del Estudiante (Paciente)…………………………………………………..