



Formulario médico

Este formulario consta de dos partes. La parte 1: dictamen médico sobre la adecuación del alumno o alumna para la participación en la acción, y la parte 2: formulario de información médica. El médico cumplimentará y firmará la parte 1, la imprimirá y la enviará al centro de origen a fin de confirmar la selección del alumno o alumna para la participación en la movilidad de larga duración. La parte 2 será cumplimentada por el médico, estará firmada por los padres/tutores y por el alumno o alumna y será introducida en un sobre sellado. El alumno o alumna la llevará consigo y solo la podrá abrir un médico que lo/la trate en caso de que sea necesario desde un punto de vista médico.

Parte 1: Dictamen médico sobre la participación del alumnado

Esta parte del documento se imprimirá y se enviará al centro de origen a fin de confirmar la selección del alumnado para la participación en la movilidad de larga duración.

Yo, el/la abajo firmante, certifico que se ha realizado un examen físico exhaustivo del alumno o alumna, que se ha recogido toda la información pertinente en el formulario médico, y que está capacitado/a para viajar. Entiendo que la omisión de cualquier información podría ser perjudicial para el cuidado médico del alumno o alumna y que podría tener como consecuencia la finalización del programa antes del plazo previsto.

Considero que, a la luz del historial médico y/o psicológico del alumno o alumna, **está / no está** (táchese la opción que no corresponda) en situación de participar en movilidad de larga duración en el marco del programa Erasmus+.

Nombre, apellidos y titulación	Sello y firma
Datos de contacto (dirección postal, teléfono, dirección electrónica, en su caso):	Fecha

Parte 2: Formulario médico

El alumno o alumna está estudiando la posibilidad de pasar entre 2 y 12 meses en un centro de acogida y vivir con una familia de acogida en el extranjero. Una información incorrecta o incompleta sobre su estado de salud podría ocasionar problemas durante su estancia. El formulario deberá ser cumplimentado por el médico del alumno o alumna, que **no** podrá ser familiar directo de la persona solicitante. Los padres/tutor(es) del alumno o alumna deberán facilitar al doctor toda la información y documentación pertinente sobre su historial médico. Si responde «SÍ» a cualquiera de las preguntas 3-14, se ruega que incluya o adjunte información detallada.

Este formulario médico se introducirá en un sobre sellado que el alumno o alumna llevará consigo. Solo un médico que lo/la trate podrá abrir el sobre en caso de que sea necesario desde el punto de vista médico.

[Escriba aquí]



Nombre y apellidos del alumno o alumna:	País de origen:	Fecha de nacimiento:
---	-----------------	----------------------

1

Altura		Peso		Tensión		Pulso		Respiración	
--------	--	------	--	---------	--	-------	--	-------------	--

2 ¿Ha detectado alguna anomalía en cuanto a su altura, peso (incluidos aumentos o pérdidas de peso considerables durante los seis últimos meses), tensión, pulso o respiración? Sí No

En caso afirmativo, explique cuáles:

3 Haga una marca en SÍ o NO. ¿Tiene conocimiento de que el alumno o alumna haya tenido alguna de las siguientes enfermedades/estados de salud?:

	SÍ	NO		SÍ	NO
a) Sarampión	▪	▪	j) Reumatismo	▪	▪
b) Paperas	▪	▪	k) Tos (persistente, recurrente)	▪	▪
c) Rubeola	▪	▪	l) Jaquecas (persistentes, recurrentes)	▪	▪
d) Varicela	▪	▪	m) Sonambulismo	▪	▪
e) Poliomeilitis	▪	▪	n) Enuresis	▪	▪
f) Hepatitis	▪	▪	o) Apendicitis	▪	▪
g) Tuberculosis	▪	▪	p) Parásitos (internos)	▪	▪
h) ETS	▪	▪	q) Encefalitis	▪	▪
i) FSME	▪	▪	r) Escarlatina	▪	▪

En caso afirmativo, facilite información detallada y fechas (utilice más hojas en caso necesario):

4 ACNÉ Sí No

En caso afirmativo, identifique la zona, la gravedad, la medicación administrada, el nombre, la dosis y la frecuencia:

--

[Escriba aquí]



5 ALERGIAS

Sí No

En caso afirmativo, identifique el tipo, la medicación administrada, el nombre, la dosis y la frecuencia:

6 ASMA

Sí No

En caso afirmativo, identifique la gravedad, la medicación administrada, el nombre, la dosis y la frecuencia:

7 DIABETES

Sí No

En caso afirmativo, identifique la gravedad, la medicación administrada, el nombre, la dosis y la frecuencia:

8 TRASTORNOS CONVULSIVOS

Sí No

En caso afirmativo, identifique la gravedad, la medicación administrada, el nombre, la dosis y la frecuencia:

9 ¿El alumno o alumna ha tenido alguna vez o presenta en el examen realizado alguna enfermedad, discapacidad o anomalía de:

	SÍ	NO		SÍ	NO
a) Órganos abdominales, sistema digestivo	·	·	e) Riego del corazón	·	·
b) Pulmones, sistema respiratorio	·	·	f) Amígdalas, nariz o garganta	·	·
c) Huesos, articulaciones, sistema locomotor	·	·	g) Sangre, sistema endocrino	-	-
d) Sistema urogenital	-	-	h) Ojos/visión, oídos/audición	-	-
	-	-		-	-

En caso afirmativo, explique cuáles (utilice hojas suplementarias en caso necesario) y especifique si necesita alguna ayuda, adaptación o asistencia especial:

10 ¿El alumno o alumna ha estado hospitalizado/a? Sí No

En caso afirmativo, facilite las fechas, el diagnóstico y los resultados de cada incidente.

11 ¿Se le está administrando al alumno o alumna en la actualidad medicación o inyecciones (distintas de las mencionadas anteriormente)? Sí No

En caso afirmativo, describa el tratamiento, el motivo de su administración, la dosis y la frecuencia:

12 ¿El alumno o alumna ha consultado ALGUNA VEZ a un neurólogo, psicólogo o cualquier otro especialista debido a trastornos nerviosos, emocionales o alimentarios? Sí No

13 ¿Existe un historial o pruebas actuales de un trastorno emocional, nervioso o alimentario? Sí No

En caso de responder afirmativamente a las preguntas (12 o 13), deberá adjuntarse un informe COMPLETO del especialista y una declaración de los padres sobre la enfermedad o el problema específico. Observación: Integrase en una familia de acogida, un

[Escriba aquí]



centro escolar y una comunidad de otro país implica un ajuste que a menudo conlleva un estrés emocional. En ningún caso supone una relajación o alivio temporal de cualquier terapia. Si el alumno o alumna experimenta en la actualidad dificultades emocionales, físicas, personales o familiares, estas pueden aumentar gravemente por las demandas de ajuste del programa. Por lo tanto, es muy importante que evalúe con detenimiento el estado previo o actual del alumno o alumna y su tratamiento, junto con su capacidad para gestionar la ansiedad derivada de este ajuste y el estrés producido en la adaptación a un entorno desconocido.

14 ¿Existe algún límite o restricción médico para las actividades del alumno o alumna y/o su participación en actividades deportivas, o cualquier información médica que haya que tener en cuenta para su integración en el centro y en la casa? Sí No

En caso afirmativo, explique cuáles:

15 ¿El alumno o alumna utiliza gafas o lentes de contacto? Sí No

En caso afirmativo, indique la potencia de lentes:

16
¿Cuándo se realizó el alumno o alumna una revisión odontológica por última vez?

¿El alumno o alumna utiliza aparatos dentales? Sí No
En caso afirmativo, ¿necesitará cuidados de ortodoncia durante el programa? Sí No

¿Con qué frecuencia?

17 ¿El alumno o alumna ha recibido las siguientes vacunas? En caso afirmativo, especifique el día, el mes y el año (o, si es posible, adjunte una copia de la tarjeta de vacunación):

	NO	SÍ	DÍA/MES/AÑO		NO	SÍ	DÍA/MES/AÑO
Sarampión				Tétano			
Poliomelitis				Varicela			
BCG				Rubeola			
Hepatitis B				Difteria			
Tosferina				Otros			

En caso de que necesite cuidados de otro tipo, especifique:

18 ¿Test de la tuberculosis? ¿Qué tipo? Test Mantoux o Tine (marque uno). Fecha: Resultado (+/-):
En caso positivo, ¿se ha realizado un análisis de rayos X del pecho? Sí No Fecha: Resultado (+/-)

En caso afirmativo, explique (utilice hojas suplementarias en caso necesario):

[Escriba aquí]



Firmas:

Yo, el/la abajo firmante, certifico que se ha realizado un examen físico exhaustivo del alumno o alumna, que se ha recogido toda la información médica reciente en el formulario médico, que no se ha omitido nada pertinente, y que está capacitado para viajar. Entiendo que la omisión de cualquier información podría ser perjudicial para el cuidado médico del alumno o alumna y que podría tener como consecuencia la finalización del programa antes del plazo previsto.

Nombre, apellidos y titulación	Sello y firma
Datos de contacto (dirección postal, teléfono, dirección electrónica, en su caso):	Fecha

Yo, el/la abajo firmante, confirmo que la información recogida en este formulario médico es correcta y completa, y que cualquier información incompleta o imprecisa podría ser perjudicial para el cuidado sanitario del alumno o alumna y podría tener como consecuencia la finalización antes de tiempo del programa. Consiento que se le entregue al médico que trate a mi hijo/hija el sobre que contiene este formulario si fuese necesario desde un punto de vista médico. En caso necesario, consiento que se comuniquen toda la información pertinente sobre la salud de mi hijo/hija al centro de acogida y a la familia de acogida. Toda la información personal se tratará de forma confidencial.

Firma del alumno o alumna (si no es menor)	Fecha
Firma del padre y/o la madre	Fecha

[Escriba aquí]

