

REGISTRO DE RIESGOS MÉDICOS Y CONTACTO DE EMERGENCIA

Objetivo: Recopilar información relevante sobre condiciones médicas preexistente y contactos de emergencia para garantizar la seguridad y bienestar de los estudiantes durante su estancia en el programa. La información proporcionada será confidencial.

Datos personales del estudiante	
Nombre completo:	
Fecha de nacimiento:	
Generación DABio:	

Información médica:	
1. ¿Tienes alguna condición médica preexistente? (Sí / No)	
Si la respuesta es sí, por favor especifica:	
2. ¿Estás tomando algún medicamento regularmente? (Sí / No)	
Si la respuesta es sí, indica los medicamentos y la dosis:	
3. ¿Tienes alguna alergia conocida? (Sí / No)	
Si la respuesta es sí, especifica:	
4. ¿Tienes alguna condición que pueda requerir atención médica inmediata? (Sí / No)	
Si la respuesta es sí, por favor detállala:	
5. ¿Consumes algún tipo de estupefaciente? (Sí / No)	
Si la respuesta es sí, por favor especifica:	
6. ¿Cuál es tu tipo de sangre?	

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre completo del contacto #1 de emergencia:
Relación con el estudiante:
Teléfono de contacto (preferentemente móvil):
Correo electrónico:
Dirección de residencia del contacto de emergencia:
Teléfono alternativo del contacto de emergencia:
Nombre completo del contacto #2 de emergencia:
Relación con el estudiante:
Teléfono de contacto (preferentemente móvil):
Correo electrónico:
Dirección de residencia del contacto de emergencia:
Teléfono alternativo del contacto de emergencia:

Observaciones adicionales

Si existe alguna información relevante que el estudiante considere importante compartir, puede detallarla a continuación: