

Instituto Tecnológico de Costa Rica  
Dirección de Cooperación  
Certificado de salud

**Datos personales**

---

Nombre	Apellidos
Tipo de Sangre	Edad
Fecha de nacimiento dd/mm/yyyy	Sexo
	Femenino
	Masculino
Dirección, país de Origen	
País	Ciudad
Código postal	

**Contactos de emergencia**

Nombre	Apellidos
Parentesco	Teléfono
Correo electrónico	
Dirección de residencia	
País	Ciudad
Código postal	
Nombre	Apellidos
Parentesco	Teléfono
Correo electrónico	
Dirección de residencia	
País	Ciudad
Código postal	

## Historial de padecimientos anteriores

Seleccione las condiciones que usted padezca o haya padecido

Enfermedades	Presión alta	Enfermedades	Presión baja
	Alcoholismo		Asma
	Sangre en orina		Colitis
	Epilepsia		Hemorroides
	Problemas en la vesícula		Migraña
	Trastornos mentales		Claustrofobia
	Dolores de espalda		Anemia
	Dolores de cabeza		Bronquitis
	Alergias		Diabetes
	Parálisis (polio)		Hernias
	Hemofilia		Nervios
	Sangre en heces		Artritis
	Tuberculosis		Cáncer o tumor
	Convulsiones		Abuso de drogas
	Anestesia general		Problemas de la vista
	Problemas de los riñones		Tifoidea
	Osteoporosis		Pulmonía
	Problemas de circulación		Otros

En caso de marcar alguna de las enfermedades anteriores, indique el tratamiento que lleva, reacciones y contraindicaciones.

## Medicamentos

---

¿Toma algún medicamento?	Si
	No

En caso de tomar algún medicamento favor indicar: Nombre, dosis indicación

## Problemas de salud

---

Anote cualquier intervención quirúrgica que haya tenido

## Alergias

---

¿Es alérgico a algún medicamento?

Si  
No  
Otro (especificar)

Si contestó si, especifique:

¿Es alérgico a la picadura de mosquitos?

Si  
No

Si contestó Si (indique síntomas)

¿Ha recibido inyecciones antialérgicas?

No  
Si (especifique tipo)

## Solo para mujeres

---

¿Está embarazada?

Si  
No

Si contestó Si (indique meses)

¿Ha sufrido alguna irregularidad menstrual?

Si  
No

Si contestó Si (especifique)

---

Hago constar que la información anterior es verdadera, la omisión o información errónea será totalmente de mi responsabilidad

Fecha

dd/mm/yyyy

Nombre completo  
del estudiante

Firma y número de  
identificación

**Espacio para el /la encargado (a) de movilidad de la universidad de origen.**

Hago constar que la persona es miembro de nuestra universidad y es apto para realizar estudios en el extranjero

Fecha

Nombre del/la  
Responsable

Firma y cédula \_\_\_\_\_ Sello