



## INFORMACION DE SALUD DE

## EL ESTUDIANTE INTERNACIONAL

Para estudiantes, padres y Médicos

**Este formulario debe ser llenado por el estudiante internacional y debe ser entregado antes de registrarse**

### **Información General**

El Informe sobre la salud y el formulario del examen físico, ubicado dentro de esta publicación, es la base del historial médico del estudiante en el Tompkins Cortland Community College. Este registro es revisado por los Servicios de Salud para Estudiantes, y, si es necesario, ser referido a un profesional de la salud para su evaluación. El informe y el formulario se guardarán como referencia y se utilizarán cada vez que haya alguna consulta por enfermedad o una conferencia para la evaluación del estado de salud del estudiante. Toda la información es confidencial. Usted ha sido aceptado y la información que usted proporcione en este formulario no influirá en su estado de Tompkins Cortland Community College.

**Manden todo este formulario a la siguiente dirección**

**Student Health Center  
Tompkins Cortland Community College  
170 North Street  
Dryden, NY 13053  
Fax# 1 (607) 844-6533**

**ANTES DE REGISTRARSE**

**Informe sobre la Salud:** Debe ser completado por el estudiante - Por favor imprima o escriba en letra de imprenta toda la información

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
m m / d d / y y y y

No de documentación de TC3.: 7 \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad/Provincia

País

Código Postal

Correo electrónico personal: \_\_\_\_\_

Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre

Relación

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad/Provincia

País

Código Postal

Proveedor Médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad/Provincia

País

Código Postal

Persona a notificar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Historia Familiar (Liste todas las enfermedades de familiares: por ejemplo, diabetes, enfermedades mentales, otros):

**Historia personal:** ¿Ha tenido o está ahora bajo tratamiento para cualquiera de los siguientes problemas? Marque si es así.

\_\_\_ Alergias / Fiebre del Heno

\_\_\_ Abuso del Alcohol

\_\_\_ Asma

\_\_\_ Problemas de espalda

\_\_\_ Desorden de la sangre

\_\_\_ Varicela

\_\_\_ Bronquitis crónica

\_\_\_ Problemas crónicos Intestinales

\_\_\_ Problemas crónicos de la piel

\_\_\_ Problemas de corazón

\_\_\_ Diabetes

\_\_\_ Desorden alimenticio

\_\_\_ Resfriados frecuentes

\_\_\_ Ictericia Infecciosa / Hepatitis

\_\_\_ Enfermedad de las extremidades

\_\_\_ Enfermedad en los riñones

\_\_\_ Malaria

\_\_\_ Malignidad / Cáncer

\_\_\_ Problemas menstruales

\_\_\_ Mononucleosis

\_\_\_ Dolores de cabeza recurrentes

\_\_\_ Problemas ortopédicos

\_\_\_ Neumonía

\_\_\_ Enfermedad Siquiátrica

\_\_\_ Problemas auditivos

\_\_\_ Fiebre reumática

\_\_\_ Enfermedad sexual

\_\_\_ Enfermedad de las células

\_\_\_ Problemas de el habla

\_\_\_ Esplenectomía

\_\_\_ Tuberculosis o Contacto con TB

Por favor, incluya una breve explicación de las condiciones marcadas arriba: \_\_\_\_\_

Este documento es confidencial. Ninguna parte de este material puede ser divulgado sin un consentimiento firmado.

**FIRMA DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Examen Físico** (Para ser completado por el Proveedor Médico-Por favor imprima o escriba toda la información)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Apellidos                      1er Nombre                      2do Nombre                      mm/dd / yyyy  
Date of Exam

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_                      Género: Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_  
mm/dd /yyyy

Presión arterial: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Visión: O.S. \_\_\_\_\_ O.D. \_\_\_\_\_ Gafas \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

**Evaluación clínica**

Marque en la columna adecuada. NE si no se aplica.

	Normal	Anormal	Comentarios
1. Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta			
2. Cuello			
3. Corazón			
4. Pulmones			
5. Pecho			
6. Abdomen			
7. Genitales			
8. Músculos/ Huesos			
9. Neurológico/Sicológico			
10. Zona pélvica (opcional)			

Por favor, incluya una breve explicación sobre los marcados "anormales". \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos que esté usando en estos momentos  
\_\_\_\_\_

Alergias (Comidas, bebidas)  
\_\_\_\_\_

Restricciones físicas  
\_\_\_\_\_

¿Está este paciente, mental, física y emocionalmente preparado para la vida universitaria? Si no, explique su respuesta. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Proveedor de servicios Médicos: Nombre** \_\_\_\_\_  
**Título** \_\_\_\_\_  
**Dirección** \_\_\_\_\_

**Firma del Médico:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Registro de Inmunización:** Debe ser completado por el Proveedor Médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Apellidos 1er Nombre 2do Nombre mm /d d/ y y y y

**VACCUNAS REQUERIDAS:** Debe proporcionar las fechas actuales.

<b>Requerimientos del MMR (Sarampión, Paperas y Rubeola "Virica")</b>					
<b>Debe ser llenado por el Medico</b>					
<b>OBLIGATORIO</b>	<b>Vacunas</b> <b>Debe ser de 12 meses de edad o más.</b>		<b>Resultados de sangre positivos *</b>		<b>Si ha tenido la enfermedad</b>
<b>Todas las vacunas triple viral debe hacerse antes o después del 12 meses de edad.</b>	MMR 1 ___/___/___ (SPR) mm/dd/yyyy	Y / O	<b>Los resultados deben ser positivos.</b>	Y / O	Sarampión ___/___/___ mm/dd/yyyy
	MMR 2 ___/___/___ (SPR) mm/dd/yyyy		Paperas + ___/___/___ mm/dd/yyyy		
	<b>O</b>		Rubeola + ___/___/___ mm/dd/yyyy		
	Sarampión1 ___/___/___ mm/dd/yyyy		<b>* Adjuntar los resultados del laboratorio si esta sección es rellenada.</b>		Historial de Rubeola no es aceptable
	Sarampión 2 ___/___/___ mm/dd/yyyy				Fechas mm--Mes dd ---Día yyyy--Año
	Paperas 1 ___/___/___ mm/dd/yyyy				
	Rubeola 1 ___/___/___ mm/dd/yyyy				

**RESPUESTAS SOBRE LA MENINGITIS**  
**Precisar la fecha de la vacunación O signo de declive**

He recibido la vacuna Menomune™ (MPSV4) *dentro de los últimos 5 años.*  
 Si fue recibida antes de Febrero 2005, la vacuna de Menomune™ protege de 3-5 años desde el día recibida.  
**Fecha recibida:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 mm/dd/yyyy

He recibido la vacuna Menactra™ (MCV4) *dentro de los últimos 10 años.*  
**Fecha recibida:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 mm/dd/yyyy

**-O-**  
**Me niego la vacuna contra la meningitis.**  
 He leído, o se me ha explicado, la información sobre la enfermedad de la meningitis meningocócica.  
*Entiendo los riesgos al no recibir la vacuna.*  
**Firma del estudiante** \_\_\_\_\_  
 (Firma del padre/tutor si el estudiante es menor de 18)

**Proveedor Medico:** Nombre \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor medico:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Debe ser rellenado por el proveedor medico: **Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

mm / dd / yyyy

**Vacunas recomendadas**

<b>Hepatitis A</b>	Dosis #1 __ / __ / ____ mm/dd/yyyy	Dosis #2 __ / __ / ____ mm/dd/yyyy		
<b>Hepatitis B</b>	Dosis #1 __ / __ / ____ mm/dd/yyyy	Dosis #2 __ / __ / ____ mm/dd/yyyy	Dosis #3 __ / __ / ____ mm/dd/yyyy	
<b>Polio</b>	Fecha __ / __ / ____ mm/dd/yyyy	<b>Tétano</b>	Fecha __ / __ / ____ mm/dd/yyyy	Ultima __ / __ / ____ mm/dd/yyyy
<b>Varicela</b>	Fecha __ / __ / ____ mm/dd/yyyy	O Si tuvo la varicela	O Resultados	(Adjunte los resultados del laboratorio)

**Pruebas de Tuberculosis (TB)**

Por favor pregunte al paciente si:

	SI	NO
¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo a un examen de piel de TB?		
¿Alguna vez ha tenido contacto cercano con alguien que estaba enfermo de tuberculosis?		
¿Alguna vez has sido vacunado con la BCG?		
¿Ha tenido una radiografía de tórax en los últimos cinco años? (Si es así, por favor adjunte los resultados)		

**Lista de Síntomas\***

Por favor pregunte al paciente si ha

Experimentado en los últimos seis meses;

	Si	No
¿Fiebre de bajo grado o escalofríos?		
¿Sudor nocturno?		
¿Pérdida de apetito?		
¿Pérdida de peso?		
¿Fatiga?		
¿Ganglios hinchados?		
¿Dolor de garganta?		
¿Dolor de pecho?		
¿Falta de aliento?		
¿Tos con flema?		
¿Flema con sangre?		
¿Nuevos problemas médicos?		
¿Medicaciones nuevas?		

\* Si 'Sí' está marcado para cualquiera de los síntomas, una prueba de tuberculina de la piel debe realizarse (si no hay historia previa de la prueba cutánea positiva).

**Todas las pruebas cutáneas positivas de la tuberculina deben ser seguidas por una radiografía del tórax.**

**Prueba de la Tuberculina**

**Prueba de la tuberculosis debe hacerse dentro de 6 meses de asistir a TC3.**

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
mm/dd / yyyy

Resultado: \_\_\_\_\_ mm induración

**Radiografía del tórax:**

Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
mm / dd / yyyy

**Incluya el reporte de resultados.**

**Proveedor Medico: Nombre** \_\_\_\_\_ **Título** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor medico:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Debe ser rellenado por el proveedor medico: **Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ mm / dd / yyyy