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. 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 tras ser traducida al inglés o al alemán. 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 ha sido seleccionado para pasar una temporada en un centro educativo 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.

Después de ser traducido al inglés o al alemán, 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.

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¿Tiene conocimiento de que el alumno o alumna haya tenido alguna de las siguientes enfermedades/estados de salud?

	Sí	No		Sí	No
Sarampión			Reumatismo		
Paperas			Tos (persistente, recurrente)		
Rubeola			Jaquecas (persistentes, recurrentes)		
Varicela			Sonambulismo		
Poliomielitis			Enuresis		
Hepatitis			Apendicitis		
Tuberculosis			Parásitos (internos)		
ETS			Encefalitis		
FSME			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:

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/a ha tenido alguna vez o presenta en el examen realizado alguna enfermedad, discapacidad o anomalía de:

	Sí	No		Sí	No
Órganos abdominales, sistema digestivo			Riego del corazón		
Pulmones, sistema respiratorio			Amígdalas, nariz o garganta		
Huesos, articulaciones, sistema locomotor			Sangre, sistema endocrino		
Sistema urogenital			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: Integrarse en una familia de acogida, un 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 ¿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			
Poliomielitis				Varicela			
BCG				Rubeola			
Hepatitis B				Difteria			
Tosferina				Otros			
Covid-19 (¿Cuántas dosis?)							

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):

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

comunique 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 progenitor	Fecha

TRADUCCIÓN AL INGLÉS DEL FORMULARIO MÉDICO PARA LLEVAR AL PAÍS DE DESTINO

HEALTH FORM

This health form is composed of two parts: Part 1: Medical opinion on pupil's suitability for participation and Part 2: Health information form. Part1 will be completed and signed by the doctor, printed and transmitted to the sending school in order to confirm the pupil's selection for the participation in the study mobility. Part 2 will be completed by the doctor, signed by parents/guardians and the pupil, and put in a sealed envelope. The pupil will bring it with him or her and it will only be opened by a doctor treating the pupil and when medically necessary.

Part 1: Medical opinion on pupil's participation

This part of the document will be printed and transmitted to the sending school in order to confirm the pupil's selection for the participation in the study mobility.

I, the undersigned, certify that a thorough physical examination of the pupil has been made and all relevant medical information has been included in the Health form, and that the pupil is able to travel. I understand that the omission of any information could be harmful to the pupil's healthcare and could result in early termination of the stay.

I consider that, in the light of the pupil's medical and/or psychological history, he/she ***is/is not*** *(delete whichever does not apply) able to take part in the study mobility of pupils in the framework of the Erasmus+ programme.*

Doctor's Name and Degree	Stamp and Signature
Contact details(address, phone, e-mail if applicable):	Date

Part 2: Health form

The pupil has been selected to study in a school abroad and live with a host family. Incorrect or incomplete information on his/her health could lead to problems during the stay. The form must be completed by the pupil's doctor who is ***not*** *an immediate relative of the applicant. The pupil's parent(s)/guardian(s) should provide the doctor with all relevant information/documentation on the pupil's medical history. If the answer to any of the questions 3-14 is 'YES', please include or attach detailed information.*

This health form will be put in a sealed envelope. The pupil will bring this form with him/her. The envelope can only be opened by a doctor treating the pupil where medically necessary.

Pupil Name:	*Home Country:*	*Date of birth:*

1

Height		Weight		Blood Pressure		Pulse		Respiration	

2*Do you note any abnormalities concerning height, weight (including substantial loss or gain in the past six months), blood pressure, pulse or respiration?☐ Yes*
☐ No

If yes, please explain:

3. Tick yes or no. To your knowledge, has the pupil had the disease/conditions listed below:

	YES	NO		YES	NO
a)Measles			j)Rheumatic Fever		
b)Mumps			k)Cough (persistent, recurring)		
c)Rubella			l)Headaches(persistent, recurring)		
d)Chicken Pox			m)Sleepwalking		
e)Poliomyelitis			n)Enuresis		
f)Hepatitis			o)Appendicitis		
g)Tuberculosis			p)Parasites(internal)		
h)STD			q)Encephalitis		
i)FSME			r)Scarlet fever		

If yes, give detailed information and dates (use extra pages if necessary):

4 ACNE ☐ Yes ☐ No

If yes, identify area, severity, any medication taken, name, dosage & frequency:

5 ALLERGIES ☐ Yes ☐ No

If yes, identify type, any medication taken, name dosage & frequency:

6 ASTHMA ☐ Yes ☐ No

If yes, identify type, severity, any medication taken, name, dosage & frequency:

7 DIABETES ☐ Yes ☐ No

If yes, identify type, severity, any medication taken, name, dosage & frequency:

8 SEIZURE DISORDER ☐ Yes ☐ No

If yes, identify type, severity, any medication taken, name, dosage & frequency:

9 Has the pupil ever had or does today's examination show any disease, impairment, or abnormality of:

	YES	NO		YES	NO
a) Abdominal organs, digestive system			e)Heart blood vessels		
b)Lungs, respiratory system			f)Tonsils, nose, or throat		
c)Bones, joints, locomotor system			g)Blood, endocrine system		
d)Genito-urinary system			h)Eyes/vision, ear/hearing		

If yes, please explain (use extra pages, if necessary) and specify if any aids, adaptations or special assistance are required:

10 Has the pupil been hospitalised? ☐ Yes ☐ No

If yes, give dates, diagnosis and outcome for each incident.

11 *Is the pupil currently taking medication or injections (other than those mentioned previously)?☐ Yes ☐ No*

If yes, identify type, any medication taken, name dosage & frequency:

12 *Has the pupil EVER consulted a neurologist, psychologist or any other specialist for a nervous, emotional or eating disorder?☐ Yes ☐ No*

13 *Is there a history of, or present evidence of, an emotional, nervous or eating disorder?*

☐ Yes ☐ No

If yes to either (12 or 13), a FULL report by the specialist and a statement by the parents about the illness or specific problem must be attached. *Note: Placement in a foreign host family, school and community requires adjustment which often involves emotional stress. It will not be a time for relaxation or*

temporary relief from any current therapy. If the pupil is experiencing current emotional, physical, personal or family difficulties, these difficulties can be severely exacerbated by the adjustment demands of the programme. Therefore, you are requested to evaluate carefully the pupil's current or previous condition and treatment along with his or her ability to manage potential adjustment anxieties and stress in a foreign environment.

14 *Are there any health limitations or restrictions on the pupil's activities and/or sports participation or any medical information which should be considered for a home/school placement?☐ Yes ☐ No*

If yes, please describe:

15 *Does the pupil wear glasses or contact lenses?☐ Yes ☐ No*

If yes, please give the lens power:

16 What was the date of the pupil's last dental check-up?

Does the pupil wear dental braces?☐ Yes ☐ No

If yes, will orthodontic care be needed during the stay abroad?☐ Yes ☐ No

17 *Confirm if the pupil has had the following immunisations. If yes, specify the day, month, and year (or, if possible, attach a copy of vaccination card):*

	YES	NO	Day/Month/Year		YES	NO	Day/Month/Year
Measles				Tetanus			
Poliomyelitis				Mumps			
BCG				Rubella			
Hepatitis B				Diptheria			
Pertussis				Other (covid19)			

If other, please specify: Covid19: How many doses?

18 *If the pupil has had the TB Test, please specify the type:*

Mantoux or Tine (circle one)

Date:____ Result(+/-): _____

If positive, was a chest x-ray done?☐ Yes☐ No Date: Result(+/-)

If yes, please explain (use extra pages, if necessary):

Signatures:

I, the undersigned, certify that a thorough physical examination of the pupil has been made and all important recent medical information has been included in the Health form, that nothing relevant has been omitted, and that the pupil is able to travel. I understand that the omission of any information could be harmful to the pupil's healthcare and could result in early termination of the stay.

Doctor's Name and Degree	Stamp and Signature
Contact details (address, phone, e-mail if applicable):	Date

I, the undersigned, confirm that the information contained in this health form is correct and complete and that in accurate or incomplete information could be harmful to the pupil's health care and could result in early termination of the stay. I agree that the envelope containing this form can be disclosed to a doctor treating my child while abroad where medically necessary. If necessary, I agree to communicate all relevant information relating to the health of my child to the receiving school and the host family. All personal data will be treated as confidential.

Pupil's signature (if he/she is not a minor)	Date
Parent(s)' signature	Date