HISTORIAL MÉDICO

*MEDICAL HISTORY*

Debe ser rellenado por el solicitante o una persona con autoridad parental. Escriba el formulario claramente **en JAPONÉS** o **en INGLÉS**.

*To be completed by the applicant or trainees. Please fill out in* ***JAPANESE*** *or* ***ENGLISH.***

**La firma debe ser de puño y letra.**

***Signature must be in your own handwriting***

Nombre completo / *FULL NAME*　　　　　　　　　　　　　　　　　 Hombre / *M*

Apellido / *Surname*: 　　　　　　　　 Mujer / *F*

Nombre / *Given Name*: 　 　  Otro / *Non-binary*

Fecha de nacimiento / *DATE OF BIRTH*

Día / *Date*:　　　 Mes / *Month*: 　Año / *Year*:

1. Estado de salud actual / *Present Medical Status*

|  |  |
| --- | --- |
| (a) ¿Toma actualmente algún medicamento o recibe revisiones médicas periódicas por alguna enfermedad?  *Do you currently use any medicine or have regular medical checkup by a physician for your illness?* | |
| No / *No* | Sí / *Yes*  Nombre de la enfermedad / *Name of Disease*（　　　　　　　　　　）  Nombre del medicamento / *Medication*（　　　　　　　　　　　　　） |
| En caso de “Sí”, adjunte un certificado médico en japonés o inglés.  *If YES, please attach your doctor's letter (written in English) that describes current status of your illness and agreement to join the program.* | |

|  |  |
| --- | --- |
| (b) ¿Tiene alguna alergia, por ejemplo a medicamentos o alimentos?  *Are you allergic to any medication, food etc.?* | |
| No / *No* | Sí / *Yes*  Medicamentos, alimentos etc. que le producen alergia / *Name of medication / food you are allergic t*o (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| (c) Indique la asistencia o los equipos adicionales necesarios debido a la discapacidad.  *Please indicate any needs arising from disabilities that might necessitate additional support or facilities* |
| （　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  \* La presencia de una discapacidad no es una razón para excluir a las personas discapacitadas de participar en la capacitación. Sin embargo, dependiendo de las circunstancias, JICA puede hacerle algunas preguntas en detalle sobre su discapacidad.  *\* Disability does not lead to exclusion of persons with disability from the program. However, upon the situation, you may be directly inquired by the JICA official in charge for a more detailed.*  *account of your condition.* |

1. Historial médico del pasado / *Past Medical History*

|  |  |
| --- | --- |
| (a) ¿Ha padecido alguna enfermedad grave o seria, como cardiopatías, hepatopatías, nefropatías, etc.?  *Have you had any illness such as heart, hepatic, kidney disease, etc.?* | |
| No / *No* | Sí / *Ye*s  Nombre de la enfermedad / *Please specify*（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

|  |  |
| --- | --- |
| (b) ¿Le han diagnosticado tuberculosis a usted o a algún miembro de su familia?  *Have you or / and your family members had tuberculosis?* | |
| No / *No* | Sí / *Ye*s  ¿A quién y cuándo? / *Please specify, who / when*（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

|  |  |
| --- | --- |
| (c) ¿Ha recibido tratamiento en una clínica psiquiátrica o con un psiquiatra?  *Have you ever been a patient in a mental clinic or been treated by a psychiatrist?* | |
| No / *No* | Sí / *Ye*s  Especifique por favor / *Please specify*（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

|  |  |
| --- | --- |
| (d) ¿Ha tenido algún trastorno del sueño, de alimentación o de adaptación?  *Have you ever had any sleeping, eating or other disorders*? | |
| No / *No* | Si / *Ye*s  Especifique por favor / *Please specify*（　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

|  |  |
| --- | --- |
| (e) ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 3 meses?  Tos, flema, hemoptisis, sudoración al dormir, pérdida de peso, fiebre.  *Have you had any of the following symptoms in the past 3 months?*  *Cough・Phlegm・Hemoptysis・Sweating in sleep・Weight loss・Fever* | |
| No / *No* | Sí / *Ye*s  Especifique por favor / *Please specify*（　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |

1. Otras preocupaciones sobre la salud / *Other Medical Issues*

|  |
| --- |
| Si hay algo que no ha indicado en los puntos anteriores de 1 a 2, especifíquelo.  *If you have any medical issues / conditions that are not described above, please indicate below.* |
|  |

【Declaración del becario】

Certifico que he leído las preguntas anteriores y que he respondido a todas ellas con sinceridad y según mi leal saber y entender.

Entiendo y acepto que cualquier condición de salud causada por algún factor no declarado en mi historial médico no será compensada por JICA y dará lugar a la suspensión de la capacitación.

Entiendo que, en caso de participar en la capacitación en Japón, este Historial Médico será revisado por las personas relacionadas de la misma.

*I certify that I have read the above instructions and answered all questions truthfully and completely to the best of my knowledge.*

*I understand that medical conditions resulting from pre-existing conditions will not be financially compensated by JICA and may be a reason for termination of the program.*

*I understand that this Medical History will be checked by the people who are engaged in the program during my stay in Japan.*

Fecha / *Date*: Firma / *Signature*:

Nombre y apellido / *Print Name*:

【Declaración del tutor del menor】

Certifico que he leído las preguntas anteriores y que he respondido a todas ellas con sinceridad y según mi leal saber y entender.

Entiendo y acepto que cualquier condición de salud causada por algún factor no declarado en el historial médico de mi hijo(a) no será compensada por JICA y dará lugar a la suspensión de la capacitación.

Entiendo que, en caso de participar mi hijo(a) en la capacitación en Japón, este Historial Médico será revisado por las personas relacionadas de la misma.

*I certify that I have read the above instructions and answered all questions truthfully and completely to the best of my knowledge.*

*I understand that medical conditions resulting from pre-existing conditions will not be financially compensated by JICA and may be a reason for termination of the program.*

*I understand that this Medical History will be checked by the people who are engaged in the program during my stay in Japan.*

Fecha / *Date*: Firma / *Signature*:

Nombre y apellido / *Print Name*:

Parentesco / *Relationship*:

* **Si el estado de salud cambia después de enviar este formulario, póngase en contacto con el personal de la oficina de JICA.**
* ***Please notify JICA staff upon any changes in your health condition after submission of the form.***