

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*

Apellido / *Surname*: _____

Nombre / *Given Name*: _____

☐ Hombre / *M*

☐ Mujer / *F*

☐ 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 to* (_____)

(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.*

2. 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 / Yes

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 / Yes

¿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 / Yes

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 / Yes

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 / <i>No</i>	☐ Sí / <i>Yes</i> Especifique por favor / <i>Please specify</i> ()
---	--

3. 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.**