

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* (_____)

Por favor indique en detalle el grado de alergia, las condiciones pasadas, la posesión de medicamentos, etc.

Please indicate in detail the degree of allergy, past conditions, and possession of medications etc. (_____)

(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*

Si actualmente está en tratamiento por una enfermedad, tomando medicamentos o recibiendo atención médica periódica de un médico, asegúrese de mencionarlo en "1. Estado de salud actual".

If you are currently receiving treatment for an illness, taking medication, or receiving regular medical care, please list in 1. 'Present Medical Status.'

(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 / No	☐ Sí / Yes Si tuvo síntomas, ¿le diagnosticaron en el hospital? ¿Cuál fue el diagnóstico? <i>If you had symptoms, were you diagnosed at a hospital?</i> () Por favor indique si sus síntomas han mejorado desde entonces. <i>Please indicate whether the symptoms have recovered since then.</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.

4. Estatura y peso del becario/*Height and Weight*

Estatura/ <i>Height</i> (m)	Peso/ <i>Weight</i> (kg)

【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.**