

SERVICIOS MÉDICOS



Los datos personales que Usted proporciona en el presente acto, incluyendo los considerados como sensibles por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, serán tratados por la Fundación Universidad de las Américas Puebla (UDLAP) (Ex Hacienda Santa Catarina Mártir S/N, San Andrés Cholula, Puebla, C.P. 72810) para materializar su solicitud de ingreso al programa internacional de la UDLAP, por lo que, al proporcionar la información aquí solicitada, reconoce que ha tenido a la vista, y conoce el Aviso de Privacidad (www.udlap.mx/privacidad/) consintiendo expresamente en este acto que la UDLAP, trate los datos aquí proporcionados para la finalidad arriba informada.

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellidos _____

Fecha de nacimiento: _____ (día) _____ (mes) _____ (año) Género: _____ Masculino _____ Femenino

Estatura: _____ Peso: _____ Color de ojos _____ Color de cabello: _____ Tipo de sangre _____

1. I.C.E

Número de póliza del seguro médico internacional: _____

Por favor, proporcione los datos de contacto de una persona a la que podamos notificar en caso de cualquier emergencia y que pueda apoyarte económicamente para cualquier pago de depósito hospitalario por adelantado que pueda ser requerido. Esto puede ser hasta 20,000 MXN

Nombre _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del médico personal: _____ Teléfono: _____

2. Ficha clínica

Alergias:

Penicilina _____ Si _____ No Sulfa _____ Si _____ No

Otro medicamento _____ Si _____ No Ácido salicílico _____ Si _____ No

Específica: _____

3. ¿Se ha visto restringida su actividad física en los últimos cinco años? Indique los motivos y la duración de la restricción. _____

4. ¿Toma actualmente algún medicamento? En caso afirmativo, explique el motivo y la cantidad prescrita: _____

5. ¿Sufre de alguna condición médica emocional o física? Esta información nos ayudará a tratarle en caso de emergencia. _____

6. Indique si tiene alguna discapacidad física u otras necesidades que puedan requerir arreglos o instalaciones especiales en la Universidad (complete en una hoja aparte si es necesario): _____

Deslinde de responsabilidades:

Si se descubre que cualquier información proporcionada por el estudiante es falsa o engañosa en cualquier aspecto, la UDLAP tiene el derecho de revelarla a otras universidades en México, y a cualquier otra autoridad pertinente.

Los documentos entregados que respaldan esta solicitud pasan a resguardo de la UDLAP y no serán devueltos al estudiante hasta en tanto la UDLAP ya no los requiera.

La UDLAP puede cambiar o cancelar cualquier aprobación realizada si la información que el estudiante ha dado es incorrecta o incompleta. Una vez inscrito en la UDLAP, el estudiante deberá utilizar la cuenta de correo electrónico institucional de la UDLAP para comunicarse y recibir información con/de la Oficina de Asuntos Internacionales. No hay excepciones a esto.

Declaro que he leído y entendido todos los términos de la inscripción, y estoy de acuerdo con la información que me ha proporcionado la Oficina de Asuntos Internacionales de la UDLAP.

Nombre y firma del estudiante

Fecha

Nombre y firma del médico

Fecha