|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Declaración del Estado de Salud** |
| **ISI Japanese Language School Education Center***8-15-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0023　Japan**TEL : +81-* *3-5962-0405 　FAX : +81-* *3-5937-0477 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/es/* |

Por favor, utiliza este formulario de declaración para proveer información relativa a tu actual estado de salud.

Para que todos los estudiantes estén saludables, es importante que los miembros facultativos sean conscientes de la condición de tu salud así que, por favor, rellena los siguientes campos de forma detallada.
Ten en cuenta que no ofrecemos consulta médica ni medicamentos en la escuela. Esta declaración será confidencial.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. ¿Cuál es tu estado actual de salud?
 | [ ]  Muy bueno [ ]  Normal [ ]  No muy bueno [ ]  Malo |
| 1. ¿Estás en la actualidad bajo tratamiento debido a algún problema de salud?
 | [ ]  No[ ]  Sí  | Desde Año/ Mes/ 　 Nombre de la enfermedad (　　　　　　　　　　　　 　 　） |
| 1. ¿Estás tomando algún medicamento actualmente? (Incluyendo medicamentos de sin receta)
 | [ ]  No[ ]  Sí  | Fecha de la prescripción: Año/ Mes/ Medicamento: [ ] 　Tranquilizante [ ] 　somníferos [ ]  Fármaco antiepiléptico [ ]  Medicamento para asma [ ]  Otros:（　　　 　 　 　　　　　　 　） |
| 1. ¿Has sido sometido a cirugía o has estado hospitalizado en los últimos 5 años?
 | [ ]  No[ ]  Sí  | Fecha: Año/ Mes/ 　Motivo（　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　） |
| 1. ¿Presenta usted alguno de los siguientes antecedentes médicos?
2. En caso afirmativo, por favor, elige la opción correspondiente a continuación y rellena los detalles.
 |
| 1. Tuberculosis
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo　Año/ Mes/  | Estado actual[ ] 　Recuperado/a　 [ ] 　Medicándome |
| 1. Trastorno mental
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo　Año/ Mes/ | [ ]  Depresión [ ]  Ansiedad [ ]  Trastorno de pánico [ ]  Insomnio　　[ ]  Trastorno de déficit de atención con hiperactividad（TDAH) [ ]  Other ( ) |
| 1. Alergias, incluyendo asma
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo　Año/ Mes/ | [ ]  Comida [ ]  Fármaco [ ]  Productos químicos[ ]  Otros（　　　　　　　　　　 　　　　 ） |
| 1. Malaria u otro tipo de enfermedad contagiosa
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo　Año/ Mes/ | Nombre: |
| 1. Diabetes
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo Año/ Mes/ | Estado actual[ ] 　Tomando medicamentos　　　[ ] 　Inyecciones de Insulina |
| 1. Convulsiones

o ataques epilépticos | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo Año/ Mes/ |  |
| 1. Otras
 | [ ]  No[ ]  Sí | Comienzo　Año/ Mes/ | Estado actual[ ]  Recuperado/a　 [ ]  Medicándome |
| 1. ¿Tienes un historial de vacunación?
 | [ ]  Tuberculosis [ ]  Triple viral [ ]  Polio [ ]  Sarampión [ ]  Rubeóla [ ]  Difteria [ ]  Tétano [ ]  Meningitis　 [ ]  Otras（　　　 ） |
| 1. Necesidades especiales por tratamiento alimenticio o restricciones de dieta
 | [ ]  No [ ]  Sí | Desde: Año/ Mes/ Detalles（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）Motivo（　　　　　　　　　　　　　　 ）　 |
| 1. Por favor, escribe cualquier información relacionada con tu salud que la escuela deba saber con anticipación.
 |

**El abajo firmante certifica por la presente haber leído la política de anulación y reembolso, y confirma que todas las informaciones arriba escritas son ciertas.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma del interesado:** |  |  | **Fecha:** | **AAAA/ MM/ DD/**  |