

**INFORMACIÓN SOBRE SALUD**  
**MISIÓN ACADÉMICA ARQUITECTURA EN BRASIL 2020**

Nombres		Apellidos	
Fecha de Nacimiento		Estado Civil	
Nº DNI / Pasaporte		Sexo	

**Contacto de Emergencia**

Nombres		Apellidos	
Teléfonos		Correo electrónico	

Si la respuesta es "SI", por favor completar los detalles solicitados, si la respuesta es "NO" pase a la siguiente pregunta

**Antecedentes personales:**

¿Fuma?	Si	No	¿Con qué frecuencia?
¿Bebe?	SI	NO	¿Con qué frecuencia?

**Ha tenido Usted o ha sido tratado en los últimos años por:**

1. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, parálisis o ataques?
  - SI
  - NO
2. ¿Insuficiencia respiratoria, ronquera persistente, tos, asma, bronquitis o enfermedad respiratoria crónica?
  - SI
  - NO
3. ¿Dolor de pecho, palpitaciones, presión sanguínea, fiebre reumática, ataque al corazón u otra enfermedad del corazón o vasos sanguíneos?
  - SI
  - NO
4. ¿Alergias, anemias u otras enfermedades de la sangre?
  - SI
  - NO
5. ¿Esta Ud. actualmente bajo observación o tratamiento?
  - SI
  - NO

**(\*)** La presente información será trasladada a Seed International, organizador del programa en Brasil.