**FORMULARIO MÉDICO**

**ESTUDIANTES DE INTERCAMBIO**

|  |
| --- |
| **NOMBRE DEL MÉDICO:**  Name des Arztes/Name of doctor |
| **CIUDAD Y PAÍS:**  Stadt, Land/ City, Country |
| **DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**  Patienten Information/Patien information  **NOMBRE**  Name/name  **SEXO**  Geschlecht/gender  **EDAD**  (Alter/age) |
| **ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES IMPORTANTES (EJ: DIABETES, CÁNCER, EPILEPSIA, ENFERMEADES VENEREAR, HIPERTENSIÓN, ASMA). DETALLAR:**  Krankengeschichte (z. B.: Diabetes, Krebs, Epilepsie, Geschlechtskrankheiten, bluthochdruck, Asthma. Details:  Medical history (ex. Diabetes, cancer, epilepsy, venereal diseases, hypertension, asthma) Details: |
| **OTRAS INFORMACIONES IMPORTANTES:**  Weitere relevante Informationen/Other relevant informarion: |
| **NO HAY INDICIOS DE ENFERMEDADES FÍSICAS NI PSÍQUICAS IMPORTANTES, EL PACIENTE NO PRESENTA INDICACIONES DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, ADICCIONES NI PROBLEMAS DE SALUD PARA SU ESTADÍA EN LA UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE.**  Pysisch und psychisch liegen keine auffälligen befunde vor. Es gibt keinen Anhalt für Infektions-Krankheiten oder Abhängigkeiten. Der Patient hat keine gesundheitlichen Problem emit einem Aufenthalt in Chile (UACh).  Physically and mentally there are no unusual findings. There is no evidence of infectious diseases or dependencies. The patient ha no health problems with a stay in Chile (UACh). |
| **FECHA**: (Datum/date) |
| **FIRMA y SELLO DEL MÉDICO**  (Unterschrift und Stempel des Arztes/Signature and stamp of the doctor) |