

Departamento de Estado de EE. UU. - Intercambios Académicos
Formulario de historia clínica y examen médico del participante

Al haber sido seleccionado para participar en un programa de intercambio educativo internacional del Departamento de Estado de EE. UU., deberá presentar un Formulario de Historial Clínico y Examen Médico debidamente cumplimentado. El formulario adjunto debe ser completado y devuelto a la Comisión Fulbright en España.

Los participantes cumplimentarán **las Partes I, II, III y IV** antes del reconocimiento médico. Si el espacio proporcionado no es suficiente, pueden adjuntar páginas adicionales. **Las Partes V, VI, VII y VIII** deberán ser cumplimentadas por un médico titulado y cualificado, como máximo seis (6) meses antes de la fecha de inicio de la beca.

El propósito de estos formularios es confirmar su estado de salud y las posibles necesidades de atención continuada en EE. UU. Para obtener el requerido visto bueno médico, del cual depende su beca. La información también ayudará al personal del programa Fulbright a prestarle la máxima asistencia en caso de que surja alguna necesidad durante su beca. Los trastornos físicos o psicológicos leves pueden agravarse bajo el estrés que supone vivir en un entorno desconocido. Es importante que los administradores del programa en los EE. UU. y España estén al tanto de toda afección médica, física, emocional o psicológica, pasada o presente, que pudiera afectarle durante su participación en el programa.

El historial del examen médico (Parte VI), el informe del examen médico (Parte VII) y la declaración del médico (Parte VIII) deberán ser cumplimentados en inglés por un médico titulado y colegiado (médico de medicina general, de cabecera o de familia, o equivalente extranjero) que no sea miembro de su familia y devueltos al personal de su programa antes de que pueda confirmarse su participación en el programa. La infracción de esta política puede dar lugar a la rescisión o revocación de su beca.

No comunicar su condición médica actual o su historial médico con el administrador del programa puede dar lugar a la terminación o revocación de su beca.

Si se produce algún cambio significativo en su(s) estado(s) médico(s), psicológico(s), físico(s) o emocional(es) después de haber enviado el formulario de historia clínica y examen médico, deberá notificarlo al administrador del programa Fulbright.

La concesión de la beca está supeditada a la presentación del historial médico y el formulario de examen médico dentro de los plazos establecidos y seguirá supeditada a la revisión de la información y a la expedición satisfactoria de la autorización médica.

INSTRUCCIONES PARA LOS PARTICIPANTES

Antes del reconocimiento médico:

- Complete las Partes I, II, III y IV por su cuenta antes del examen físico.,
- Si el espacio previsto para explicaciones no es suficiente, puede adjuntar páginas adicionales. Asegúrese de indicarlo en la casilla de respuesta; por ejemplo: continúa en una página aparte.
- Familiarícese con las instrucciones para el médico.
- Comprenda el alcance del examen clínico y las pruebas necesarias para su edad y/o afección diagnosticada, de modo que pueda estar seguro de que se cumplirán los requisitos del formulario.

En el momento del reconocimiento médico:

- Asegúrese de que se evalúa su estado de salud en las partes VI y VII y de que el formulario está firmado por un médico. (Aunque en las consultas médicas a veces se recurre a un auxiliar médico para que ayuden a realizar el examen y las pruebas, sólo un médico puede firmar el formulario).
- Pida a su médico que le devuelva lo antes posible el informe cumplimentado, con su firma y título, y los resultados de las pruebas.
- Compruebe que el médico haya rellenado las partes VI, VII y VIII del formulario. Si el formulario está incompleto, ilegible, o si no se informan los resultados de las pruebas requeridas, el personal del programa Fulbright le devolverá el formulario. Este paso lleva algo de tiempo y puede requerir una nueva visita al médico. Se ruega evitar en lo posible estos retrasos.

Tras el reconocimiento médico:

- El informe médico debe incluir las páginas 2 a 11. Inserte declaraciones y resultados de pruebas adicionales a continuación de las páginas pertinentes.
- Firme y feche el formulario en la página 11.
- Escanee todo el informe en un único **documento PDF o JPG. Estos son los únicos formatos de carga aceptables.**
- Asegúrese de que su escaneado es legible, está completo y en el orden correcto antes de cargarlo.
- **Nombre su documento escaneado:** Nominating Country-Last Name-First Name-MedForm (ejemplo: Spain-MartinezPerez-Juan-MedForm)
- Devuelva el documento a la Comisión Fulbright de España siguiendo las instrucciones que se le proporcionaron por separado.

PARTE I: ANTECEDENTES DEL PARTICIPANTE E INFORMACIÓN DE CONTACTO: A cumplimentar por el participante

Cumplimente las Partes I-IV antes del reconocimiento médico, bien a máquina bien con letra de imprenta y a bolígrafo.

NOMBRE: _____ <i>Primer y segundo apellidos</i> <i>Nombre</i>		
FECHA DE NACIMIENTO: _____ <i>Mes/Día/Año</i>	SEXO:	Hombre Mujer
DIRECCIÓN ACTUAL:		
<i>Calle, Avda., etc.</i>	<i>Ciudad y C.P.</i>	<i>País</i>
DESTINO DE LA BECA: _____ (Si se conoce) <i>Ciudad/EE.UU.</i>	FECHAS DE LA BECA (Mes/Día/Año): Desde _____ Hasta _____	

¿Estará cubierto por un seguro médico privado durante su programa? **Sí** **No**

En caso afirmativo, complete la siguiente información. Confirme también con su proveedor que su cobertura se extiende a su estancia en EE. UU. durante su beca. Tenga en cuenta que su cobertura actual, si es válida en EE. UU., seguirá siendo su seguro principal mientras dure su beca.

Nombre del plan de salud/proveedor de atención sanitaria:	
Número de identificación del plan de salud:	
Fecha de entrada en vigor del plan de salud:	
Dirección del proveedor de asistencia sanitaria:	

Indique los nombres de los profesionales médicos consultados en los últimos 3 años, excepto para exámenes físicos rutinarios. Indique su médico de cabecera y los especialistas. (Envíe un formulario adicional si es necesario).

NOMBRE	ESPECIALIDAD o Atención Primaria	TELÉFONO
	Ej: Médico de Atención Primaria	

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA Y REPRESENTANTES: A *cumplimentar por el participante*

Nombre a dos personas a las que se debería avisar en caso de emergencia.

CONTACTO PRINCIPAL EN CASO DE EMERGENCIA:	CONTACTO DE EMERGENCIA SECUNDARIO:
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Número de teléfono móvil:	Número de teléfono móvil:
Número de teléfono de casa:	Número de teléfono de casa:
Número de teléfono oficina:	Número de teléfono de oficina:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Aunque su programa de intercambio académico no requiere que usted haya establecido un apoderado médico -un apoderado médico es una persona que está informada y puede tomar decisiones sobre sus deseos médicos en su nombre en caso de que usted no pueda-, se recomienda encarecidamente que considere esta opción para cualquier situación médica de emergencia que pueda producirse durante su estancia en el extranjero. Si ya tiene un apoderado médico designado, indíquelo a continuación y facilite una copia de la documentación junto con los resultados de su reconocimiento médico.

Si tiene un apoderado médico legal, indíquelo aquí y facilite una copia de la documentación. (La mayoría de los estados de EE. UU. disponen de formularios para designar un apoderado médico):

APODERADO MÉDICO (<i>Opcional</i>):
Nombre:
Dirección:
Número de teléfono móvil:
Número de teléfono de casa:
Número de teléfono de oficina:
Correo electrónico:

PARTE II: HISTORIAL MÉDICO DEL PARTICIPANTE: A cumplimentar por el participante

A cumplimentar por el participante antes del reconocimiento médico.

¿Le han diagnosticado/tratado alguna de las siguientes enfermedades? Por favor, indíquelo respondiendo SÍ o NO. **Las respuestas SÍ deben explicarse en el espacio siguiente, indicando fechas, naturaleza del diagnóstico y tratamiento, así como el estado actual. Adjunte páginas adicionales si es necesario.** Es posible que se requieran más explicaciones en la Parte VI, que cumplimenta el médico que realiza el reconocimiento médico.

Para cualquiera de los puntos marcados "SÍ", el médico puede recomendar una prueba para permitir una mayor explicación del estado actual de la enfermedad y/o el pronóstico o resultado.

HISTORIA L MÉDICO					
COMPRUEBE CADA ELEMENTO	SÍ	NO		SÍ	NO
Dolores de cabeza frecuentes o intensos			Desmayos (síncope)		
Epilepsia o convulsiones			Cardiopatía, incluidas arritmia, angina de pecho, infarto de miocardio, soplo e insuficiencia cardíaca		
Ictus			Enfermedad ocular o deficiencia visual (que no sea un defecto de refracción corregido)		
Discapacidad auditiva			Alergias graves, incluidas al medio ambiente, picaduras de insectos, alimentos y medicamentos.		
Enfermedad dental o de las encías (enfermedad periodontal)			Enfermedades tropicales, incluidas la malaria, amebiasis, lepra, filariasis, etc.		
Asma, enfisema, tos persistente u otras afecciones pulmonares			Trastorno cutáneo grave		
Tuberculosis			Infección por VIH, SIDA		
Hipertensión arterial			Cáncer en cualquiera de sus formas		
Trastorno ginecológico			Depresión, ansiedad, preocupación excesiva o afección relacionada		
Trastornos hormonales, incluido el tiroides			Esquizofrenia, psicosis, trastorno bipolar o afección relacionada		
Diabetes mellitus (hiperglucemia, azúcar en la orina)			Anorexia, bulimia, trastorno obsesivo-compulsivo o afección relacionada		
Anemia falciforme, hemorragia excesiva, coágulos sanguíneos u otro trastorno sanguíneo			Abuso de drogas o alcohol		

Explique los puntos anteriores a los que haya respondido SÍ, así como cualquier otro problema de salud (médico, físico, psicológico o emocional) que haya padecido en los últimos tres (3) años. Incluya el diagnóstico, las fechas de aparición (mes/día/año), el tipo y las fechas de tratamiento (mes/día/año), los medicamentos, el resultado y el estado actual. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

PARTE III: HISTORIAL DE VACUNACIÓN: A cumplimentar por el participante

A cumplimentar por el participante antes del reconocimiento médico. **NOTA: SE RECOMIENDA CUMPLIMENTAR ESTA SECCIÓN, PERO NO ES OBLIGATORIO. ES RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE DETERMINAR CUALQUIER PRUEBA ESPECÍFICAMENTE EXIGIDAS POR EE. UU.** Si no se conocen las fechas exactas de las vacunaciones, indique el mes y el año o sólo el año. Indique todas las fechas en el formato: Mes/Día/Año.

A continuación se indican las vacunas generalmente recomendadas únicamente para los participantes extranjeros que viajen a Estados Unidos. Se aconseja a las personas que consulten el sitio web de viajes de los CDC:

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/destinations/list>

POLIO (Tres o más dosis)	Fechas de vacunación:
DIFTERIA, TOSFERINA, TÉTANOS (Tres o más dosis, una en los últimos 10 años)	Fechas de vacunación:
SARAMPIÓN - PAPERAS - RUBEOLA (triple vírica) (O enumere las vacunas individuales contra el sarampión, las paperas y la rubéola)	Fecha de vacunación:
SARAMPIÓN - Fechas de vacunación <u>(se requieren dos, con al menos un mes de diferencia)</u> (o) Indique la fecha de la enfermedad (o) Indique la fecha y los resultados de la prueba de sarampión	Fecha de la primera vacunación: Fecha de la segunda vacunación: (o) Fecha de la enfermedad: (o) Fecha y resultado de la prueba de sarampión:
PAPERAS - Fechas de vacunación <u>(se requieren dos, con al menos un mes de diferencia)</u> (o) Indicar la fecha de la enfermedad (o) Indicar la fecha y los resultados de la prueba de la parotiditis (paperas)	Primera fecha de vacunación: Segunda fecha de vacunación: (o) Fecha de la enfermedad: (o) Fecha y resultado de la prueba de paperas:
RUBEOLA - Fechas de vacunación (se requieren dos, con al menos un mes de diferencia) (o) Indique la fecha y los resultados de la prueba de rubéola <i>Nota: Los antecedentes de la enfermedad no son prueba aceptable de inmunidad a la rubéola</i>	Primera fecha de vacunación: Segunda fecha de vacunación: (o) Fecha y resultado de la prueba de rubéola:
Vacunas COVID-19 (Indique el fabricante y la fecha de cada dosis)	Detalles de la primera dosis: Detalles de la segunda dosis: Detalles de otra dosis: Refuerzo / Dosis adicionales:

PARTE IV: PLAN PARA LA CONTINUACIÓN DE LOS CUIDADOS DURANTE LA BECA: *A cumplimentar por el participante*

A cumplimentar por el participante antes del reconocimiento médico.

Es importante que tenga claro cómo gestionará sus necesidades de salud médica, física, psicológica y emocional durante su estancia en EE. UU. Si padece una enfermedad que requiere cuidados continuos (por ejemplo, seguimiento o pruebas, medicación de mantenimiento, dispositivos o suministros médicos), debe planificarlo de antemano para salvaguardar su bienestar.

Deberá asegurarse de que conoce el Programa de Accidentes y Enfermedad para Intercambios (ASPE), que es un plan de prestaciones sanitarias limitadas que se ofrece a los becarios Fulbright durante su estancia en el país de destino. Por favor, revise la Guía de Beneficios ASPE disponible en <https://www.sevencorners.com/about/gov/usdos>, incluyendo las siguientes secciones:

- Cobertura de prestaciones, a partir de la página 9
- Exclusiones de prestaciones, a partir de la página 12
- Dentro de EE.UU.: Red de proveedores médicos, en la página 15
- Dentro de EE.UU.: Medicamentos con receta, a partir de la página 17
- Línea directa de apoyo a la salud mental, en la página 21

Debe evaluar sus necesidades sanitarias específicas para determinar si necesita continuar con su cobertura de seguro médico actual y/o conseguir una cobertura de seguro médico adicional durante su estancia en el extranjero, además de la cobertura ASPE.

Por favor, comparta su planificación previa respondiendo a las siguientes preguntas. Si el espacio no es suficiente, puede añadir páginas adicionales.

1. Si tiene previsto acudir regularmente a un proveedor de atención sanitaria o a un profesional de la salud mental durante su beca, especifique el tipo de proveedor (por ejemplo, neurólogo, oncólogo, psiquiatra, etc.), la enfermedad que se está tratando y la frecuencia prevista de las citas.

2. Enumere todas las pruebas, medicamentos, dispositivos médicos y/o suministros médicos, apoyo, recursos, etc. que necesitará durante la beca y la condición médica para la que los necesita (por ejemplo, diabetes, hipertensión, ansiedad, trastorno bipolar, depresión, problemas de visión, etc.).

3. Detalle sus planes para garantizar la atención especificada en las preguntas 1 y/o 2 durante su estancia en Estados Unidos. (Debido a la normativa sobre sustancias controladas y/o medicamentos con receta, los medicamentos disponibles en el extranjero no están necesariamente disponibles en Estados Unidos. Para más información, consulte la Guía de prestaciones ASPE).

PARTE V: INSTRUCCIONES PARA EL MÉDICO EXAMINADOR

La persona a la que está examinando va a participar en un programa de intercambio académico y residirá en Estados Unidos durante varios meses. Algunos lugares son remotos y pueden tener un apoyo médico limitado de médicos, enfermeras, instalaciones de laboratorio y hospitales. Se le pide que considere cuidadosamente la salud médica, física psicológica y emocional del candidato y su aptitud general para cumplir con éxito su estancia en EE. UU.

Por favor, evalúe minuciosamente todos los puntos enumerados anteriormente en la Parte II: HISTORIAL MÉDICO DEL PARTICIPANTE, Parte III: HISTORIAL DE VACUNACIÓN, y Parte IV: PLAN DE ATENCIÓN CONTINUA MIENTRAS ESTÉ DISFRUTANDO DE LA BECA. Es muy importante que usted:

- Hable de los antecedentes médicos con el participante, realice un reconocimiento médico general y responda a las preguntas de las páginas 10 a 14 de la traducción (8 a 11 en el original en inglés)
- Si el espacio no es suficiente para una explicación exhaustiva, no dude en adjuntar páginas adicionales.
- Introduzca N/A en el espacio si la pregunta no es aplicable al participante.

No se requieren pruebas de laboratorio específicas, aunque el programa de intercambio se reserva el derecho de solicitar pruebas adicionales basadas en el historial médico del participante. Se recomienda a los médicos que obtengan las pruebas apropiadas según lo indiquen el historial médico y los resultados del examen físico o el lugar de actividad de la beca. Por ejemplo, determinación reciente de azúcar en sangre para pacientes diabéticos o recuento de CD4 para pacientes con infección por VIH.

- Solicite y registre (o adjunte copias de) todas las pruebas de laboratorio pertinentes o los datos necesarios. Si hay resultados de pruebas en los últimos doce meses, adjúntelos también.
- Una vez realizado el reconocimiento médico, anote todos los resultados en las páginas 8, 9 y 10 del formulario original en inglés (9 a 14 de la traducción). *Sólo se podrán notificar los resultados de un examen físico realizado como máximo seis (6) meses antes de la fecha de inicio de la beca.*
- Comente todos los exámenes de seguimiento indicados y las afecciones que puedan requerir una observación frecuente o un tratamiento prolongado. Indique su opinión general sobre el estado de salud del examinado en la página 11 del original en inglés (14 de la traducción).
- Firme y feche la página 11 del original en inglés (14 de la traducción).

PARTE VI: HISTORIAL DEL EXAMEN MÉDICO: A *cumplimentar por el médico*

1. Si el participante ha respondido "Sí" a alguna de las afecciones enumeradas en el historial médico de la Parte II, hágale saber con el participante e incluya sus propios comentarios a continuación. Incluya las fechas de aparición, el tratamiento y el resultado, si no se han indicado en la explicación del participante, y si la afección puede afectar a la participación en el programa en el extranjero y de qué manera.
2. ¿Ha padecido el participante alguna enfermedad o lesión importante o grave no mencionada en el historial médico? En caso afirmativo, explique el problema en detalle y el resultado.
3. Especifique cualquier operación (procedimiento quirúrgico) a la que se haya sometido el participante que pueda afectar a su experiencia en el programa.
4. ¿Ha estado hospitalizado el participante por algún motivo? En caso afirmativo, enumere la(s) enfermedad(es), indique las fechas del tratamiento y explique el resultado.
5. ¿Ha visitado alguna vez el participante a un psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta? En caso afirmativo, enumere la enfermedad o enfermedades, indique las fechas (mes/día/año) del tratamiento y explique el resultado.

PARTE VII. INFORME DEL EXAMEN MÉDICO: A cumplimentar por el médico

EL INFORME MÉDICO EN INGLÉS AL QUE ACOMPAÑA ESTA TRADUCCIÓN DEBERÁ SER CUMPLIMENTADO EN INGLÉS POR UN MÉDICO TITULADO Y COLEGIADO, TRAS REVISAR EL HISTORIAL MÉDICO DEL EXAMINADO (PARTE II) Y EL PLAN DE ATENCIÓN CONTINUADA DURANTE EL DISFRUTE DE LA BECA (PARTE IV), REALIZAR UN EXAMEN FÍSICO Y EVALUAR LOS RESULTADOS DE LABORATORIO Y RADIOGRAFÍAS. EL MÉDICO EXAMINADOR DEBERÁ COMENTAR TODOS LOS HALLAZGOS POSITIVOS Y/O SIGNIFICATIVOS EN EL ESPACIO PROPORCIONADO.

Nota: Los resultados de las pruebas y radiografías incluidos en esta evaluación médica no deben haberse realizado más de seis (6) meses antes de la fecha del inicio de la estancia en EE. UU.

Por favor, escriba a máquina o con letra de imprenta.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE:

Apellidos

Nombre

ALTURA: (pulg o cm) _____

PESO: (lb o kg) _____

TENSIÓN ARTERIAL: Sist./diast. _____

FRECUENCIA CARDIACA EN REPOSO: _____

EVALUACIÓN CLÍNICA

Responda a cada pregunta.

Los resultados anormales deben explicarse detalladamente en el espacio previsto a tal efecto.

Adjunte páginas adicionales si es necesario.

	NORMAL	ANORMAL	DESCRIBIR LOS HALLAZGOS ANORMALES
Cabeza y cuello			
Agudeza auditiva			
Agudeza visual (con lentes correctoras, si se utilizan)			
Pulmones y tórax			
Corazón y sistema vascular			
Abdomen			
Pechos			
Genito-urinario/Ginecológico			
Musculoesquelético			
Linfático			
Neurológico			
Piel			
Psiquiatría			

Se requiere una prueba de tuberculosis en el momento del examen, independientemente de la vacunación previa con BCG. Se acepta la prueba cutánea de PPD o la prueba sanguínea de liberación de interferón gamma. Los resultados de la prueba cutánea PPD superiores a 10 mm requieren una radiografía de tórax. Un resultado anormal en cualquiera de las pruebas obliga a realizar una radiografía de tórax para evaluar la tuberculosis activa. ES IMPRESCINDIBLE INDICAR LOS RESULTADOS DEL TEST DE LA TUBERCULOSIS, INCLUYENDO TODOS LOS DATOS (fecha, positivo / negativo, mm...)

Resultado de la prueba cutánea de la tuberculina (PPD) (milímetros de induración): _____ ☐ Pos ☐ Neg

Fecha de la prueba: _____

O

Fecha de la prueba IGRA: _____ ☐ Pos ☐ Neg

Radiografía de tórax (si es necesaria) Fecha: _____

Hallazgos en la radiografía de tórax: _____

(Nota para el médico: no es necesario presentar las radiografías en película)

No se requieren pruebas de laboratorio específicas, aunque el programa de intercambio puede solicitar pruebas adicionales basadas en el historial médico del solicitante. Se recomienda al médico examinador que obtenga las pruebas apropiadas según el historial médico y los resultados del examen físico o el lugar de actividad de la beca. Por ejemplo, un paciente diabético debe realizarse una determinación reciente de azúcar en sangre o los pacientes con infección por VIH deben obtener un recuento de CD4.

1. Enumere todos los medicamentos tomados por el participante en los últimos dos (2) años.

2. Enumere todos los medicamentos específicos (genéricos o de marca) que toma actualmente el participante, ya sea de forma regular o según sea necesario.

3. Enumere todos los dispositivos médicos que utiliza el participante (por ejemplo, máquina CPAP, monitor de glucosa, prótesis, etc.)

4. Enumere las pruebas de laboratorio realizadas en el marco de este reconocimiento médico. Indique el tipo de prueba, el motivo y los resultados. Adjunte información o documentación adicional cuando proceda.

PARTE VIII: DECLARACIÓN DEL MÉDICO: A cumplimentar por el médico

Basándose en su examen físico y en el historial médico, físico, psicológico y emocional del participante, incluida la Parte IV: *Plan de atención continuada durante la beca*, ¿considera que el participante está física y emocionalmente capacitado para estudiar, enseñar o investigar en el lugar indicado en la página 2 del formulario?

(Marque con un círculo) **Sí** **No** **Condicional**

En caso negativo o condicional, por favor explíquelo:

PERSONA QUE REALIZA EL EXAMEN FÍSICO:

Nombre y Apellidos	Puesto de trabajo	Fecha (mes/día/año)

Firma del médico examinador (no electrónica):

Fecha (mes/día/año):

Nombre del médico examinador, incluidas las credenciales:

Teléfono: Dirección de correo electrónico:

Dirección postal:

PARTE IX: DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE A cumplimentar por el participante

Certifico que he revisado la información consignada en las Partes I, II III y IV y que he comentado posteriormente con un médico colegiado la información de las Partes VI, VII y VIII. Esta información es verdadera y completa según mi más leal saber y entender.

Reconozco que falsificar o excluir a sabiendas información médica o psicológica crítica puede poner en peligro mi participación en este programa internacional de intercambio educativo. Además, entiendo que si se comprueba que alguno de estos datos es sustancialmente inexacto o incompleto, puede provocar mi regreso a España. El hecho de no revelar mis problemas médicos actuales o mi historial médico a mi examinador médico puede dar lugar a la terminación o revocación de mi beca.

Entiendo que debo notificar inmediatamente a la Comisión Fulbright cualquier cambio en mi estado médico o en mi salud y bienestar general que se produzca antes de mi partida hacia EE. UU. Durante la beca, debo notificar inmediatamente al Institute of International Education (IIE) cualquier cambio en mi estado médico.

Soy consciente de que la información contenida en este formulario y en cualquier documento adjunto (por ejemplo, resultados de pruebas de laboratorio, radiografías, etc.) se facilitará a mi agencia administradora para ayudar al personal del programa Fulbright a prestar la máxima asistencia en caso de que surja alguna necesidad durante mi estancia en el programa.

En caso de emergencia médica o enfermedad grave durante la beca, autorizo la divulgación de mi historial médico al Departamento de Estado de EE.UU. o a su agencia contractual designada.

Firma (no electrónica): Fecha (mes/día/año):

Política de confidencialidad: La información facilitada por usted y su(s) médico(s) será confidencial y se compartirá de forma responsable con los profesionales adecuados únicamente a efectos de la administración de la beca.

Fecha de revisión: 1 de febrero de 2024