



**Aclaración previa:** No es obligatorio que un médico complete este formulario. Eso se requerirá en caso de ser el PARTICIPANTE elegido como BENEFICIARIO de la BECA o si fuera aceptado dentro del programa como estudiante regular. Este formulario es un documento preliminar; no obstante, cualquier información engañosa o conscientemente falsa que se indique puede determinar la cancelación de la BECA y/o el programa.

DATOS MÉDICOS	
Altura:	Peso:
Marcar si el PARTICIPANTE sufre o sufrió, es o fue tratado por alguna de las siguientes condiciones:	
<input type="checkbox"/> Adicciones	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Fiebre tifoidea
<input type="checkbox"/> Anginas fuertes o preexistentes	<input type="checkbox"/> Hernia
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Malaria
<input type="checkbox"/> Apendicitis	<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Rubeola
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Tos ferina
<input type="checkbox"/> Desórdenes alimenticios (anorexia, bulimia, etc.)	<input type="checkbox"/> Tos seria o persistente
<input type="checkbox"/> Dificultades emocionales	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas serias o persistentes	<input type="checkbox"/> Trastornos psicopatológicos
<input type="checkbox"/> Enuresis	<input type="checkbox"/> Úlceras
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Varicela
<input type="checkbox"/> Escarlatina	<input type="checkbox"/> Vértigo, mareos
Marcar si el PARTICIPANTE sufre o sufrió, es o fue tratado por alguna condición o anomalía en:	
<input type="checkbox"/> Amígdalas	<input type="checkbox"/> Piel
<input type="checkbox"/> Cerebro o sistema nervioso	<input type="checkbox"/> Pulmones o sistema respiratorio
<input type="checkbox"/> Corazón o sistema circulatorio	<input type="checkbox"/> Sistema genital/urinario
<input type="checkbox"/> Estómago o sistema digestivo	<input type="checkbox"/> Sistema sanguíneo o endocrinológico
<input type="checkbox"/> Garganta	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Huesos, articulaciones o sistema motriz	<input type="checkbox"/> Desórdenes menstruales (sólo mujeres)
<input type="checkbox"/> Oídos	<input type="checkbox"/> Ovarios o mamas (sólo mujeres)
<input type="checkbox"/> Ojos	<input type="checkbox"/> Próstata o testículos (sólo hombres)
<input type="checkbox"/> Otros órganos abdominales	

Para todas las marcas, por favor detallar: naturaleza y gravedad de la condición, diagnóstico específico, frecuencia del tratamiento. Si la condición es crónica, explique la forma de tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del  
PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del  
SOLICITANTE n°1

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración de los  
SOLICITANTE n° 2