

# FORMULARIO

## CLERKSHIP MEDICINA INTEGRAL

Para toda solicitud de aplicación de rotación electiva del curso Medicina Integral, de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín, se requiere completar el siguiente formulario. Los incisos de la información médica deberán ser firmados por un profesional de la salud.

Envíe su solicitud a [centrobarbara@ufm.edu](mailto:centrobarbara@ufm.edu) como mínimo tres meses antes de la fecha solicitada para el electivo.

FOTO

### ● INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_                      Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto por emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Póliza de seguro médico con cobertura internacional: \_\_\_\_\_

### ● INFORMACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la universidad: \_\_\_\_\_

Grado académico: \_\_\_\_\_ Año esperado de graduación: \_\_\_\_\_

Nombre del decano universitario o encargado estudiantil: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LA ROTACIÓN

Fecha de electivo: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

# FORMULARIO

## CLERKSHIP MEDICINA INTEGRAL

Esta hoja deberá ser llenada por un profesional de la salud.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

VACUNAS OBLIGATORIAS	1.ª fecha DD/MM/AAAA	2.ª fecha DD/MM/AAAA	3.ª fecha DD/MM/AAAA
<b>HEPATITIS B</b> Serie de tres dosis. La segunda dosis debe ser aplicada con un mínimo de 28 días de diferencia desde la primera dosis; la tercera dosis con un mínimo de dos meses desde la segunda dosis y cuatro meses desde la primera.	/ /	/ /	/ /
<b>SPR (SARAMPIÓN, RUBEOLA, PAPERAS)</b> Serie de dos dosis. Las dosis deben ser administradas con mínimo 28 días de separación a partir del primer cumpleaños.	/ /	/ /	
<b>Tdap (TÉTANO, DIFTERIA, PERTUSSIS)</b> Refuerzo en los últimos 10 años. Se aceptará un refuerzo de Td en los últimos 10 años si ha cumplido el esquema inicial de Tdap completo. (Únicamente colocar una fecha).	/ / Tdap	/ / TD	
<b>VARICELA</b> Serie de dos dosis aplicadas con mínimo 28 días de separación a partir del primer cumpleaños, o indicar fecha de enfermedad.	/ /	/ /	Fecha de enfermedad / /

SI NO CUENTA CON SU REGISTRO DE VACUNACIÓN, REGISTRE, A CONTINUACIÓN, LA TITULACIÓN DE ANTICUERPOS

TÍTULOS	FECHA	IMMUNE	NO IMMUNE	AMBIGUO
Sarampión IgG	/ /			
Paperas IgG	/ /			
Rubeola IgG	/ /			
Hepatitis B anticuerpo de superficie (HBsAB)	/ /			
Varicela IgG	/ /			

ANTECEDENTES MÉDICOS/QUIRÚRGICOS: \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES Y MEDICAMENTOS ACTUALES: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

.....  
 NOMBRE  
 FECHA

.....  
 FIRMA