



Tendo sido seleccionado para receber uma bolsa de estudos da Fulbright, o requisito é a submissão do Formulário de História e Exame Médicos. O formulário em anexo deve ser completado e enviado de volta à Comissão Fulbright ou à “Public Affairs Section of the United States Embassy” no seu país.

Você deve completar a porção de História Médica do formulário (Parte I) antes do exame médico. O Formulário de Exame Físico (Parte II) deve ser preenchido pôr um médico qualificado.

Antes de completar o Questionário sobre História Médica, favor notar o seguinte:

O programa Fulbright não supre seguro médico para dependentes que acompanham o bolsista. Os bolsistas devem comprar seguro médico particular para os seus dependentes.

O seguro médico do programa Fulbright não cobre tratamento de condições médicas tratadas anteriormente, ou cujo tratamento foi recomendado antes da data efectiva de inscrição no programa de seguro da agência.

O seguro médico do programa Fulbright cobre somente o período da bolsa e extensões devidamente aprovadas. Participantes do programa que permaneçam nos Estados Unidos após estes períodos pôr semanas ou meses devem continuar o seguro pôr conta própria.

Favor guardar várias cópias do formulário preenchido para os seus próprios arquivos; se possível, autentique todas as cópias; e não esqueça de trazê-las com você para os Estados Unidos. Nós recomendamos tal procedimento porque muitas universidades americanas requerem que novos estudantes apresentem provas de imunização contra certas doenças, em especial sarampo. Tendo esse formulário pronto poupará despesas extras e a inconveniência de ter que tomar novas vacinas ou fazer testes sanguíneos após a sua chegada na universidade.

CERTIFICATE OF HEALTH

CERTIFICADO DE SAÚDE

APPLICATION FOR STUDY, RESEARCH, OR LECTURING IN THE UNITED STATES AND FOR A FELLOWSHIP, SCHOLARSHIP, ASSISTANTSHIP, OR OTHER EDUCATIONAL GRANT
 SOLICITAÇÃO PARA ESTUDAR, REALIZAR INVESTIGAÇÃO OU DAR CONFERÊNCIAS NOS ESTADOS UNIDOS E PARA PENSÕES, BOLSA DE ESTUDOS, AJUDAS DE CUSTO OU QUALQUER OUTRA SUBVENÇÃO EDUCACIONAL

PART I. TO BE COMPLETED AND SIGNED BY APPLICANT BEFORE VISITING THE PHYSICIAN.
 PRIMEIRA PARTE. A SER PREENCHIDA E ASSINADA PELO SOLICITANTE ANTES DE IR AO MÉDICO

THIS DOCUMENT MUST BE COMPLETED FULLY, IN ENGLISH OR IN PORTUGUESE
 ESTE DOCUMENTO DEVE SER PREENCHIDO EM SUA TOTALIDADE, EM INGLÊS OU EM PORTUGUÊS

Name of applicant (please print) <i>Nome do solicitante (em letra de forma)</i>	Country <i>País</i>	Age <i>Idade</i>	(Check one) <i>(Marque uma)</i> <input type="checkbox"/> Male <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Feminino</i>
		DOB <i>Data de nascimento</i>	

A. Do you now have or have you, to the best of your knowledge, ever had any of the following: (check box for any “yes” answers): *Segundo o seu entender, você tem no momento ou teve alguma vez algum dos problemas médicos a seguir? (marque o quadrado respectivo cada resposta afirmativa):*

- | | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hernia
<i>Hérnia</i> | <input type="checkbox"/> Pneumonia
<i>Pneumonia</i> | <input type="checkbox"/> Disease of Eyes
<i>Doença da vista</i> | <input type="checkbox"/> Gall Bladder Disease
<i>Doença da vesícula biliar</i> | <input type="checkbox"/> Disease of Kidneys or Genito-Urinary System
<i>Doença do rim ou sistema genital/urinário</i> |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis
<i>Sinusite</i> | <input type="checkbox"/> Tuberculosis
<i>Tuberculose</i> | <input type="checkbox"/> Disease of Ears or Hearing Loss
<i>Doença dos ouvidos ou perda de audição</i> | <input type="checkbox"/> Gynecological Disorder
<i>Problemas ginecológicos</i> | <input type="checkbox"/> Alcohol, Drug, or Narcotic Dependency
<i>Dependência de álcool, drogas o narcóticos</i> |
| <input type="checkbox"/> Asthma
<i>Asma</i> | <input type="checkbox"/> Arthritis or Bone Disease
<i>Artrite ou doença óssea</i> | <input type="checkbox"/> Abnormal Blood Pressure
<i>Pressão arterial anormal</i> | <input type="checkbox"/> Heart or Vascular Disease or Disorder
<i>Doença ou distúrbios vasculares outros coração</i> | <input type="checkbox"/> Mental Health Disorder
<i>Problemas de saúde mental</i> |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Disease
<i>Doença da tiróide</i> | <input type="checkbox"/> Disease of Skin
<i>Doença de pele</i> | <input type="checkbox"/> Disease of Prostate
<i>Problema com a próstata</i> | <input type="checkbox"/> Disease or Disorder of the Back or Spine
<i>Doença ou problema com as costas ou com a espina dorsal</i> | |
| <input type="checkbox"/> Cancer
<i>Câncer</i> | <input type="checkbox"/> Venereal Disease
<i>Doença venérea</i> | <input type="checkbox"/> Rectal Disease or Disorder
<i>Doença ou problema com o reto</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Malaria
<i>Malária</i> | <input type="checkbox"/> Mental Disorder
<i>Doença mental</i> | <input type="checkbox"/> Allergies to Drugs
<i>Alergia a drogas</i> | | |
| <input type="checkbox"/> Stomach Disorders
<i>Problemas estomacais</i> | <input type="checkbox"/> Disease of Nervous System
<i>Distúrbio do sistema nervoso</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Intestinal Disorders
<i>Problemas intestinais</i> | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever
<i>Febre reumática</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes
<i>Diabetes</i> | | | | |
| <input type="checkbox"/> Paralysis
<i>Paralisia</i> | | | | |

Chronic or serious physical condition which might affect participation in full-time study/research program. *Condição física crônica ou grave que possa influir na participação do solicitante em estudos em tempo integral ou em programa de pesquisa.* _____

Medications currently taken by you. *Medicamentos que está tomando atualmente.* _____

If you have said “yes” to any of the above, give: (1) specific name of disorder; (2) duration-specify dates; (3) final results. *Se responder afirmativamente a qualquer das perguntas anteriores, forneça: (1) nome específico do problema; (2) duração, com as datas; (3) resultado final.*

B. During the past five years, when and for what injury, illness or mental disorder (including any of the above or others), have you been under observation; had medical or surgical advice or treatment; been hospital-confined? Give: (1) specific name of disorder; (2) duration-specify dates; (3) final results (if none, write "none".) *Durante os últimos cinco anos, quando e devido a que ferimento, doença ou distúrbio mental (incluindo qualquer dos acima mencionados ou outros), você tenha estado sob observação médica, haja consultado a médico ou tenha sido tratado pôr doença ou operação, ou tenha estado hospitalizado? Indique: (1) nome específico do problema; (2) duração, com as datas; (3) resultado final. (se a sua resposta tiver sido negativa, escreva: "em nenhum caso".)* _____

C. To the best of your knowledge and belief, are you in good physical and mental health? *Según pelo seu conhecimento e entender, você goza no momento de boa saúde física e mental?* yes sim no não (If no, give specific name of disorder, treatment, and present condition.) *(Se a sua resposta for negativa, forneça o nome específico do problema, o tratamento usado e sua condição final.)* _____

D. All recipients of grants or awards are required to have health insurance. One of the insurance plans used requires that a beneficiary be named. Since the plan which might apply in the individual case is not known at present, all applicants are required to name a beneficiary. *Exigi-se de todos os beneficiários de subvenções e bolsas que tenham seguro de saúde. Um dos planos de seguro que se utiliza requer que se nomeie um beneficiário. Como no presente não se sabe que plano se aplicará a cada caso particular, pede-se a todos os solicitantes que nomeiem um beneficiário.*

Name of beneficiary *Nome do beneficiário* _____
Relationship to you *Grau de parentesco* _____

I certify that the information provided by me is complete and true and accurately reflects my health status. *Declaro que todas as informações fornecidas são completas e verdadeiras, e que revelam com exatidão o meu estado de saúde.*

Signature of applicant _____ Date _____
Assinatura do solicitante *Data*

FOR REVIEWING AUTHORITY USE ONLY:

PARA O USO DA AUTORIDADE EXAMINADORA SOMENTE:

The applicant's history, physical examination results, and examining physician's opinion have been reviewed and are found to be (complete/incomplete) and (meet the standards/do not meet the standards) for the proposed academic grant. *A história do candidato, os resultados do exame físico e a opinião do médico examinador foram examinados e foram considerados (completos/incompletos) e (correspondem aos critérios/não correspondem aos critérios) para a bolsa de estudos proposta.*

Reviewed by _____ Date _____
Examinado pôr *Data*

Signature _____
Assinatura

Organization _____
Organização

PART II. TO BE COMPLETED (IN ENGLISH) AND SIGNED BY PHYSICIAN
SEGUNDA PARTE: A SER PREENCHIDA (EM INGLÊS) E ASSINADA PELO MÉDICO

Insert height, weight, and blood pressure. Enter "N" if normal. Enter "AB" if abnormal and describe in detail under remarks.
Forneça a estatura, peso e pressão arterial. Marque "N" se for normal. Se for anormal, marque "AN" e descreva em detalhes, sob o título "observações".

Height _____ <i>Altura</i>	Visual Test _____ <i>Exame de vista</i>	Eyes _____ <i>Olhos</i>	Rectum _____ <i>Reto</i>	Chest/Breasts _____ <i>Peito/seios</i>
Weight _____ <i>Peso</i>	Head _____ <i>Cabeça</i>	Skin _____ <i>Pele</i>	Pharynx _____ <i>Faringe</i>	Abdomen/Hernia _____ <i>Abdomem/hérnia</i>
Blood Pressure _____ <i>Pressão arterial</i>	Nose _____ <i>Nariz</i>	Ears/Hearing _____ <i>Ouvidos/audição</i>	Reflexes _____ <i>Reflexos</i>	Heart, murmurs, rhythm _____ <i>Coração, murmúrios, batimento</i>
Urinalysis (recommended): <i>Análise de urina (recomendado):</i>	Albumin _____ <i>Albumina</i>	Sugar _____ <i>Açúcar</i>	Microscopic _____ <i>Microscópico</i>	

B. Comment in full on condition of applicant's lungs (indicate if there is any sign or symptoms of active tuberculosis at present) or chronic conditions that require treatment or periodic evaluation: *Dê uma explicação completa do estado dos pulmões do solicitante (indicando se existe, no momento, qualquer sintoma de tuberculose ativa) ou de um estado crônico que requeira tratamento ou avaliação periódica:*

C. Has the applicant ever suffered from any nervous or mental disorders? *O solicitante alguma vez sofreu algum problema nervoso ou mental?*

D. After reviewing the applicant's history and completing your physical examination, do you consider the applicant physically and mentally able to carry on a full course of study involving long hours of work in a college or university and to adjust to life in the United States? *Após revisar o histórico clínico do solicitante e de realizar um exame médico, você considera que o solicitante está física e mentalmente capaz de participar de um programa de estudos que requeira longos períodos de trabalho na universidade, e de adaptar-se à vida nos Estados Unidos?* Yes *Sim* No *Não*

E. In my opinion, the applicant's health and physical condition are: *Em minha opinião, a saúde e o estado físico do solicitante são:*
 Excellent *Excelentes* Good *Bons* Fair *Regulares* Poor *Deficientes*

Temperature *Temperatura:* _____ Pulse *Pulso:* _____ Respirations *Respirações:* ____/____

Has applicant ever received a BGC vaccine? *O solicitante recebeu alguma vez a vacina contra tuberculose (BGC)* Yes *Sim* No *Não*

Note: the health service requires a PPD skin test to be done on all international students unless they have had a BGC vaccine. If a student has had a BGC vaccine they must have a chest x-ray. *Nota: o serviço de saúde exige que todos os estudantes estrangeiros se submetam a um teste de tuberculina (PPD), a não ser que eles haja tenham sido vacinados com a vacina contra tuberculose (BCG). Se um estudante tiver recebido a vacina BCG, este deve submeter a uma radiografia do tórax.*

Has applicant ever had a PPD skin test? *O solicitante alguma vez se submeteu a teste de tuberculina (PPD)?* Yes *Sim* No *Não*

Date of test *Data do teste* ____/____/____ Results *Resultado* _____

Date of last chest x-ray *Data da última radiografia do tórax* ____/____/____ Results *Resultado* _____

I certify that the above applicant is free from tuberculosis. *Certifico que o solicitante acima não apresenta tuberculose.*

Physician's Signature *Assinatura do médico*

Date *Data*

Immunization requirements: *Imunizações requeridas:*

The university requires proof of immunity against measles and rubella. Clearance for registration may be delayed or withheld if this information is not complete. *A universidade requer que se apresente comprovante de imunidade contra sarampo e rubéola. Se esse dado não estiver completo, a permissão para matricular-se pode ser suspensa ou recusada.*

Measles (rubeola) *Sarampo*

Date of live immunization: _____

Data em que recebeu a vacina:

or date of disease: _____

ou data da doença:

___/___/___

___/___/___

Certified by physician signature

Dato certificado pôr assinatura do médico

Rubella *Rubéola*

Date of immunization: _____

Data da imunização:

or date of rubella titer: _____

ou data da imunização "titer" contra rubéola:

___/___/___

___/___/___

Note: history of disease is **not** acceptable proof of immunity to rubella.

*Nota: el haber tenido rubéola **no** constituye una prueba aceptable de inmunidade contra ella.*

Results:

Resultado:

Polio *Poliomielite*

Date series completed—Type-IPV/OPV: ___/___/___

Data na qual completou a série—tipo IPV/OPV:

Mumps *Caxumba (Parotidite)*

Date of immunization: _____

Data de imunização:

___/___/___

DPT original series completed: _____

DPT (difteria-tos ferina-tétano). Data na qual completou a série original

___/___/___

Latest tetanus or booster: _____

Última vacina ou injeção de reforço contra tétano

___/___/___

Certification by physician: I have reviewed the clinical history as given by the applicant.

Certificado do médico: revi o histórico clínico, tal como foi apresentado pelo solicitante.

Remarks: describe any abnormalities noted in part II—A, B, C, D, E, and add any other comments:

Observações: descreva qualquer anormalidade anotada na parte II—A, B, C, D, E; acrescente qualquer outro comentário:

Signature *Assinatura do médico*

Date *Data*

Name and title of physician (please print) *Nome e título do médico (em letra de forma)*

License number *Nº. de licença*

Address *Endereço*