



Habiendo sido seleccionado para recibir una subvención de Fulbright, se requiere que presente Ud. un Historial Médico completo y un Formulario de Examen Médico. El formulario que acompaña a ésta debe ser llenado y enviado de vuelta a la Comisión Fulbright o a la Sección de Asuntos Públicos en la embajada de los EEUU que funcione en su país.

Antes de ser examinado por el médico, el beneficiario debe llenar la Parte I del documento, que se refiere a su Historia Clínica. La Parte II, referente al Examen Médico, debe ser llenada por un médico calificado, autorizado para ejercer la medicina.

Antes de llenar el Cuestionario de Historia Clínica, sírvase tomar nota de lo siguiente:

*El programa Fulbright no les proporciona Seguro de Salud a los familiares dependientes que acompañen al beneficiario. Este último debe procurarles un seguro médico privado.*

*El Seguro Médico del programa Fulbright no cubre el tratamiento de afecciones que ya hayan sido tratadas, o para las que se haya recomendado tratamiento con anterioridad a la fecha en que el beneficiario se inscribiera en el seguro médico de Fulbright.*

*El Seguro Médico del programa Fulbright cubre al beneficiario solamente mientras dure su beca o subvención y durante las prórrogas que hayan sido aprobadas. Los participantes en intercambio educativo que vayan a permanecer en Estados Unidos unas semanas o meses después de la expiración de esos períodos, deben pagar ellos mismos su póliza de seguro.*

Para su archivo personal, haga el favor de guardar varias copias del formulario llenado; si le es posible, haga certificar las copias con el rótulo “copia auténtica del original”, y tráigalas consigo cuando venga a Estados Unidos. Se lo recomendamos porque muchas universidades norteamericanas exigen que los nuevos estudiantes presenten una prueba de que están vacunados contra algunas enfermedades, especialmente contra el sarampión. Al tener copia de este certificado, puede Ud. ahorrarse el gasto extra y la molestia de tener que pasar por otra serie de vacunas o análisis de sangre, cuando llegue a su universidad.

# CERTIFICATE OF HEALTH

## CERTIFICADO DE SALUD

APPLICATION FOR STUDY, RESEARCH, OR LECTURING IN THE UNITED STATES AND FOR A FELLOWSHIP, SCHOLARSHIP, ASSISTANTSHIP, OR OTHER EDUCATIONAL GRANT  
 SOLICITUD PARA ESTUDIAR, HACER INVESTIGACIÓN O DAR CONFERENCIAS EN LOS ESTADOS UNIDOS Y PARA PENSIONES, BECAS, AYUDANTÍAS O CUALQUIER OTRA SUBVENCIÓN EDUCATIVA

PART I. TO BE COMPLETED AND SIGNED BY APPLICANT BEFORE VISITING THE PHYSICIAN.  
 PRIMERA PARTE. PARA SER LLENADA Y FIRMADA POR EL SOLICITANTE ANTES DE QUE VAYA A VER EL MEDICO

THIS DOCUMENT MUST BE COMPLETED FULLY, IN ENGLISH OR IN SPANISH  
 ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO EN SU TOTALIDAD, EN INGLÉS O EN ESPAÑOL

Name of applicant (please print) <i>Nombre del solicitante (en letra de imprenta)</i>	Country <i>País</i>	Age <i>Edad</i>	(Check one) <i>(Marque Una)</i> <input type="checkbox"/> Male <i>Masculino</i> <input type="checkbox"/> Female <i>Femenino</i>
		DOB <i>Fecha de nacimiento</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): *Según su entender, ¿padece Ud. ahora, o ha padecido alguna vez, de los trastornos que aparecen a continuación? (marque en la respectiva casilla cada respuesta afirmativa):*

- |   |  |  |   |   |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hernia<br><i>Hernia</i>                                | <input type="checkbox"/> Paralysis<br><i>Parálisis</i>   | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever<br><i>Fiebre reumática</i>                                  | <input type="checkbox"/> Allergies to Drugs<br><i>Alergia a drogas</i>  | <input type="checkbox"/> Disease of Kidneys or Genito-Urinary System<br><i>Enfermedad de los riñones o del sistema genitourinario</i> |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis<br><i>Sinusitis</i>                          | <input type="checkbox"/> Pneumonia<br><i>Neumonía</i>  | <input type="checkbox"/> Disease of Eyes<br><i>Enfermedad de la vista</i>                            | <input type="checkbox"/> Gall Bladder Disease<br><i>Enfermedad de la vesícula biliar</i>  | <input type="checkbox"/> Alcohol, Drug, or Narcotic Dependency<br><i>Dependencia del alcohol, drogas o narcóticos</i>                 |
| <input type="checkbox"/> Asthma<br><i>Asma</i>                                  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis<br><i>Tuberculosis</i>                                     | <input type="checkbox"/> Disease of Ears or Hearing Loss<br><i>Enfermedad de los oídos o sordera</i> | <input type="checkbox"/> Gynecological Disorder<br><i>Trastornos ginecólogos</i>  | <input type="checkbox"/> Mental Health Disorder<br><i>Trastornos de la salud mental</i>   |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Disease<br><i>Enfermedad de la tiroides</i>    | <input type="checkbox"/> Arthritis or Bone Disease<br><i>Artritis o enfermedad de los huesos</i> | <input type="checkbox"/> Abnormal Blood Pressure<br><i>Presión arterial anormal</i>                  | <input type="checkbox"/> Heart or Vascular Disease or Disorder<br><i>Enfermedad o trastornos vasculares o del corazón</i>               |   |
| <input type="checkbox"/> Cancer<br><i>Cáncer</i>                                | <input type="checkbox"/> Disease of Skin<br><i>Enfermedad de la piel</i>                         | <input type="checkbox"/> Disease of Prostate<br><i>Enfermedad de la próstata</i>                     | <input type="checkbox"/> Disease or Disorder of the Back or Spine<br><i>Enfermedad o trastornos de la espalda o de la espina dorsal</i> |   |
| <input type="checkbox"/> Malaria<br><i>Malaria</i>                              | <input type="checkbox"/> Venereal Disease<br><i>Enfermedad venérea</i>                           | <input type="checkbox"/> Rectal Disease or Disorder<br><i>Enfermedad o trastornos del recto</i>      |   |   |
| <input type="checkbox"/> Stomach Disorders<br><i>Trastornos estomacales</i>     | <input type="checkbox"/> Mental Disorder<br><i>Trastornos mentales</i>                           |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Intestinal Disorders<br><i>Trastornos intestinales</i> | <input type="checkbox"/> Disease of Nervous System<br><i>Enfermedad del sistema nervioso</i>     |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes<br><i>Diabetes</i>                            |  |  |   |   |

Chronic or serious physical condition which might affect participation in full-time study/research program. *Condición física crónica o grave que pueda influir en la participación del solicitante en estudios a tiempo completo o en un programa de investigación.* \_\_\_\_\_

Medications currently taken by you. *Medicamentos que está tomando actualmente.* \_\_\_\_\_

If you have said “yes” to any of the above, give: (1) specific name of disorder; (2) duration-specify dates; (3) final results. *Si ha contestado afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, diga: (1) nombre específico del trastorno; (2) duración, con las fechas; (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 los últimos cinco años, ¿cuándo y a causa de qué daño, enfermedad o trastorno mental (incluyendo cualquiera de los arriba mencionados u otros), ha estado Ud. bajo observación médica, ha consultado al médico o ha sido tratado por enfermedad u operación, o ha estado hospitalizado? Indique Ud.: (1) nombre específico del trastorno; (2) duración, con las fechas; (3) resultado final. (Si su respuesta ha sido negativa, escriba: "en ningún caso").* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. To the best of your knowledge and belief, are you in good physical and mental health? *Según su conocimiento y entender, ¿se encuentra Ud. ahora gozando de buena salud física y mental? yes sí no no (If no, give specific name of disorder, treatment, and present condition.) (Si su respuesta es negativa, diga Ud. el nombre específico del trastorno, el tratamiento aplicado y su condición 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. *A todos los beneficiarios de subvenciones y adjudicaciones se les exige que tengan seguro de salud. Uno de los planes de seguro que se utiliza requiere que se nombre un beneficiario. Como al presente no se sabe qué plan se aplicará a cada caso particular, se les pide a todos los solicitantes que nombren un beneficiario.*

Name of beneficiary *Nombre del beneficiario* \_\_\_\_\_  
Relationship to you *Su relación con Ud.* \_\_\_\_\_

I certify that the information provided by me is complete and true and accurately reflects my health status. *Declaro que todos los informes que he proporcionado son completos y verdaderos, y que revelan con exactitud el estado de mi salud.*

Signature of applicant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante* *Fecha*

**FOR REVIEWING AUTHORITY USE ONLY:**

**SÓLO PARA EL FUNCIONARIO ENCARGADO DE REVISAR LOS DOCUMENTOS:**

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. *El historial del solicitante, los resultados de su examen médico y la opinión del facultativo que lo realizó han sido examinados, y se ha visto que están (completos/incompletos) y que (satisfacen/no satisfacen) los requisitos exigidos para la dicha subvención académica.*

Reviewed by \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Revisado por* *Fecha*

Signature \_\_\_\_\_  
*Firma*

Organization \_\_\_\_\_  
*Organización*

**PART II. TO BE COMPLETED (IN ENGLISH) AND SIGNED BY PHYSICIAN**  
**SEGUNDA PARTE: PARA SER LLENADA (EN INGLÉS) Y FIRMADA POR EL MEDICO**

Insert height, weight, and blood pressure. Enter "N" if normal. Enter "AB" if abnormal and describe in detail under remarks. *Apunte la estatura, peso y presión arterial. En lo demás, marque "N" si es normal. Si es anormal, marque "AN" y describa en detalle, tituléndolo "Observaciones".*

Height _____ <i>Altura</i>	Visual Test _____ <i>Examen de la vista</i>	Eyes _____ <i>Ojos</i>	Rectum _____ <i>Recto</i>	Chest/Breasts _____ <i>Pecho/senos</i>
Weight _____ <i>Peso</i>	Head _____ <i>Cabeza</i>	Skin _____ <i>Piel</i>	Pharynx _____ <i>Faringe</i>	Abdomen/Hernia _____ <i>Abdomen/Hernia</i>
Blood Pressure _____ <i>Presión arterial</i>	Nose _____ <i>Nariz</i>	Ears/Hearing _____ <i>Oídos/Oído</i>	Reflexes _____ <i>Reflejos</i>	Heart, murmurs, rhythm _____ <i>Corazón, murmullos, latidos</i>
Urinalysis (recommended): _____ <i>Urinalisis (recomendado):</i>	Albumin _____ <i>Albúmina</i>	Sugar _____ <i>Azúcar</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: *Dé una explicación completa del estado de los pulmones del solicitante (indicando si existe, en estos momentos, cualquier síntoma de tuberculosis activa) o de un estado crónico que requiera tratamiento o evaluación periódica:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. Has the applicant ever suffered from any nervous or mental disorders? *¿Ha padecido alguna vez el solicitante de trastornos nerviosos o mentales?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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? *Después de revisar la historia clínica del solicitante y de hacerle un examen médico, ¿considera Ud. que el solicitante es física y mentalmente capaz de llevar a cabo un programa de estudios que requiera largas horas de trabajo en la universidad, y de adaptarse a la vida en los Estados Unidos?*  Yes *Sí*  No *No*

E. In my opinion, the applicant's health and physical condition are: *En mi opinión, la salud y el estado físico del solicitante son:*  
 Excellent *Excelentes*  Good *Buenos*  Fair *Regulares*  Poor *Deficientes*

Temperature *Temperatura:* \_\_\_\_\_ Pulse *Pulso:* \_\_\_\_\_ Respirations *Respiraciones:* \_\_\_\_/\_\_\_\_

Has applicant ever received a BGC vaccine? *¿Ha recibido alguna vez el solicitante la vacuna anti-tuberculosa (BCG)?*  Yes *Sí*  No *No*

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: el servicio de salud exige que a todos los estudiantes extranjeros se les haga una prueba de tuberculina (PPD), a no ser que les haya puesto la vacuna anti-tuberculosa (BCG). Si a alguno se le ha puesto esta vacuna, se le debe hacer una radiografía del tórax.*

Has applicant ever had a PPD skin test? *¿Se le ha hecho alguna vez al solicitante la prueba de tuberculina?*  Yes *Sí*  No *No*

Date of test *Fecha de la prueba* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Results *Resultado* \_\_\_\_\_

Date of last chest x-ray *Fecha de la última radiografía del tórax* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Results *Resultado* \_\_\_\_\_

I certify that the above applicant is free from tuberculosis. *Certifico que el antedicho solicitante no padece de tuberculosis.*

Physician's Signature *Firma del médico* \_\_\_\_\_

Date *Fecha* \_\_\_\_\_

Immunization requirements: *Inmunizaciones 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. *La universidad requiere que se presente prueba de inmunidad contra sarampión y rubéola. Si ese dato no está completo, el permiso para matricularse puede ser postergado o rehusado.*

Measles (rubeola) *Sarampión*

Date of live immunization:    /   /    \_\_\_\_\_  
*Fecha en que se recibió la vacuna:*  
or date of disease:    /   /    **Certified by physician signature**  
*o fecha de la enfermedad:* *Dato certificado por la firma de un médico*

Rubella *Rubéola*

Date of immunization:    /   /    **Note: history of disease is *not* acceptable proof of immunity to rubella.**  
*Fecha de la inmunización:* *Nota: el haber tenido rubéola **no** constituye una prueba aceptable de inmunidad contra ella.*  
or date of rubella titer:    /   /    **Results:** \_\_\_\_\_  
*o fecha del título de rubéola:* *Resultado:*

Polio *Poliomielitis*

Date series completed—Type-IPV/OPV:    /   /     
*Fecha en que se completó la serie—tipo IPV/OPV:*

Mumps *Paperas (Parotiditis)*

Date of immunization:    /   /     
*Fecha de inmunización:*

DPT original series completed:    /   /     
*DPT (Difteria-Tos Ferina-Tétanos). Fecha en que se completó la serie original*

Latest tetanus or booster:    /   /     
*Última vacuna o inyección de refuerzo para el tétanos*

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

*Certificado del médico: he revisado el historial clínico, tal como lo ha presentado el solicitante.*

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

*Observaciones: describa cualquier anomalía anotada en la parte II—A, B, C, D, E; añada cualquier otro comentario:*

\_\_\_\_\_  
Signature *Firma*

\_\_\_\_\_  
Date *Fecha*

\_\_\_\_\_  
Name and title of physician (please print) *Nombre y título del médico (en letra de imprenta)*

\_\_\_\_\_  
License number *Numero de licencia*

\_\_\_\_\_  
Address *Dirección*