



**UNIVERSIDAD
SERGIO ARBOLEDA**

Oficina de Relaciones Internacionales
ORI

**Antecedentes médicos
Alumnos salientes**

Nombre y Apellido: _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

No. de cedula: _____

Persona de contacto en caso de emergencia (nombre, parentesco, teléfonos)

INFORMACION SEGURO MEDICO EN COLOMBIA

EPS – Medicina Prepagada: _____

Cobertura en el exterior: _____

Nota: anexar constancia de afiliación

ANTECEDENTES MEDICOS

Grupo sanguíneo: _____

Padecimientos crónicos: _____

Tratamientos médicos: _____

Toma medicamentos: _____

VACUNAS

Fiebre Amarilla: _____

Influenza: _____

Nota: anexar constancia de vacunación

INFORMACION MEDICO PERSONAL

Nombre: _____

Telefono: _____

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____