



**SAINT MICHAEL'S COLLEGE**

Student Health Services

*Escuela de Estudios Internacionales - School of International Studies*

**PLANILLA DE EVALUACION MEDICA - HEALTH ASSESSMENT FORM**

**Atencion:** Esta planilla correctamente llenada es requerida para recibir tratamiento medico en Saint Michael's College Health Services

*FAVOR DE LLENOR A MAQUINA O LETRA DE MOLDE/PLEASE TYPE OR PRINT*

Nombre/Name \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/Date of Birth \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio/Home Address \_\_\_\_\_

Sexo/Gender:  Masculino/Male  Femenino/Female

Ciudadania/Citizenship:  USA  Otra/Other \_\_\_\_\_

■ **Tien algun impedimento fisico / Do you have any handicap or disability?**  Si  No  
*En caso afirmativo, explique / If yes, explain:*

■ **Esta bajo tratamiento por alguna condicion medica incluyendo condiciones cardiacas / Do you have or are you under treatment for any medical problems, including heart disease?**  Si  No  
*En caso afirmativo, explique / If yes, explain:*

■ **Tiene alguna alergia / Do you have any allergies?**  Si  No  
*En caso afirmativo, explique / If yes, explain:*

■ **Alguna vez a sido sometido a cirugia / Have you ever had surgery?**  Si  No  
*En caso afirmativo, explique / If yes, explain:*

■ **Ha tenido algun accidente a sido hospitalizado / Have you ever been hospitalized?**  Si  No  
*En caso afirmativo, explique / If yes, explain:*

■ **Liste todas la medicinas que toma actualmente, dosis, frecuencia y condicion que la requiere / List all medications currently being taken with dosage, frequency and condition:**

MEDICINA	DOSIS	FRECUENCIA	CONDICION
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

