

Medical History

Historial médico

*This form is for your use only and is to be kept with your personal records should a medical need arise.
Please do not return this form to the Madrid Campus.*

Name of Student

Nombre del estudiante

Date of Birth

Fecha de nacimiento

Please indicate if you have a history of any of the following:

Indique si padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades:

Diabetes

Yes No

Diabetes

Asthma

Yes No

Asma

Blood disease

Yes No

Enfermedad sanguínea

Other endocrine disease

Yes No

Otra enfermedad endocrina

Neurological disorder

Yes No

Desorden neurológico

Kidney disease

Yes No

Enfermedad de riñón

Heart disease

Yes No

Enfermedad cardíaca

Psychiatric disorder

Yes No

Problema psiquiátrico

Liver disease

Yes No

Enfermedad hepática

If you mark yes, please provide an explanation.

En caso afirmativo, añada una explicación, por favor.

List any medications you take on a regular basis.

Anote los medicamentos que toma de forma habitual.

Are you allergic to any medications? If yes, please list.

Yes No

¿Tiene alergia a algún medicamento? En caso afirmativo, por favor, indíquelo.

In case of an emergency, you may contact Saint Louis University - Madrid Campus.

En caso de emergencia, se puede poner en contacto con Saint Louis University - Madrid Campus.

Tel: (34) 638 763 758

Medical History

Historial médico

*This form is for your use only and is to be kept with your personal records should a medical need arise.
Please do not return this form to the Madrid Campus.*

Do you have any other kinds of allergic conditions such as hay fever, asthma, etc?
If yes, please list.

Yes No

¿Tiene algún otro tipo de alergia? En caso afirmativo por favor indique cual.

.....

.....

Please list any significant current health problems.

Indique si tiene algún problema de salud en la actualidad.

.....

.....

List any significant past health problems.

Indique si ha padecido algún problema de salud en el pasado.

.....

.....

Have you ever been hospitalized. If yes, indicate why and when.

Yes No

¿Ha sido hospitalizado alguna vez? En caso afirmativo indique el motivo y la fecha.

.....

.....

Have you ever had an operation? If yes, please specify.

Yes No

¿Ha sufrido alguna operación quirúrgica? En caso afirmativo especifique.

.....

.....

Do you have any dietary restrictions for medical reasons? If yes, please specify.

Yes No

¿Tiene alguna restricción alimentaria por razones médicas? En caso afirmativo especifique.

.....

.....

In case of an emergency, you may contact Saint Louis University - Madrid Campus.

En caso de emergencia, se puede poner en contacto con Saint Louis University - Madrid Campus.

Tel: (34) 638 763 758