

ALIANZA DE SALUD DE CABARRUS

Viajes Internacionales

HISTORIAL MÉDICO Y DE VIAJES

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Médico _____ Número de teléfono _____

INFORMACIÓN SOBRE VIAJES

Fecha de salida _____ Fecha de regreso _____

Por favor, indique, por orden de visita, los lugares a los que irá y cuánto tiempo se quedará. Incluya ciudades/países en los que sólo tenga una "escala" en el aeropuerto.

Destino (ciudad, país)	Duración de la estancia
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Con quién va a viajar? _____

¿Dónde se hospedará? (Marque () todo lo que corresponda)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ Hotel | ☐ Casa alquilada en el extranjero | ☐ Dormitorio | ☐ Albergue juvenil |
| ☐ Casa particular | ☐ Barco de crucero | ☐ Pequeño hotel | ☐ Campamento |
| ☐ Safari | ☐ Viaje rural | ☐ Otros _____ | |

Motivo del viaje:

- | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|
| ☐ Negocios | ☐ Estudiante | ☐ Trabajo de campo | ☐ Ayuda hospitalaria |
| ☐ Profesor | ☐ Voluntario | ☐ Misionero | ☐ Buceo |
| ☐ Casería/Pesquería | ☐ Vacaciones | ☐ Escalar | ☐ Visitar a la familia |
| ☐ Otro _____ | | | |

HISTORIAL MÉDICO

¿Padece o ha padecido alguna vez lo siguiente?

Cáncer, leucemia, linfoma, otros tumores malignos	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del Riñón	☐ Sí ☐ No
Deficiencia del sistema inmunológico (Inmunidad comprometida o suprimida, p. ej. quimioterapia, VIH, SIDA, radiación, etc.)	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del hígado	☐ Sí ☐ No
Problemas de timo	☐ Sí ☐ No	Diabetes	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Enfermedades pulmonares	☐ Sí ☐ No
Trastornos hemorrágicos	☐ Sí ☐ No	Enfermedades cardíacas	☐ Sí ☐ No
Psoriasis	☐ Sí ☐ No	Alta presión arterial	☐ Sí ☐ No
Enfermedad ocular (retina)	☐ Sí ☐ No	Trastornos convulsivos	☐ Sí ☐ No
Depresión	☐ Sí ☐ No	Trastornos intestinales o estomacales (gástricos)	☐ Sí ☐ No
Otras condiciones médicas (por favor, indique			

¿Está embarazada, sospecha que podría estarlo o está intentando quedarse embarazada? ☐ Sí ☐ No

¿Está amamantando? ☐ Sí ☐ No

ALERGIAS

¿Es alérgico a alguna de los siguientes productos? (Marque todo lo que corresponda)

Aluminio/Alumbre	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a	Luz solar	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Levadura	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a	Leche (o intolerante a la lactosa)	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Plumas	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a	2-fenoxietanol (conservante)	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Huevos	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a	Antibióticos - (Neomicina, Estreptomicina, Polimixina B)	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Césped/Moho	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a	Formaldehído (Formalina)	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Vacunas	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a		
Medicamentos	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a		
Mercurio (Thimerosal) (Fenol)	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a		

MEDICAMENTOS

Por favor, indique todos los medicamentos que toma actualmente (Incluya el motivo de los medicamentos recetados)

Farmacia: _____ Calle _____ Número de teléfono _____

¿Ha tomado esteroides en las últimas 8 semanas? ☐ Sí ☐ No

¿Bebe alcohol? ☐ Sí ☐ No ¿Fuma? ☐ Sí ☐ No

VACUNAS

Por favor, marque la respuesta adecuada y rellene el espacio en blanco según sea necesario:

¿Ha tenido alguna vez una reacción a alguna vacuna?	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
¿Ha padecido rubéola (sarampión alemán), paperas o rubéola ("sarampión rojo")?	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a En caso de que sí, ¿cuándo? _____
¿Se ha vacunado contra la rubéola, el sarampión o las paperas (en varias combinaciones o como triple vírica)? combinaciones o como MMR)?	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a En caso de que sí, ¿cuándo? _____
¿Ha recibido al menos 3 dosis de vacuna contra la Polio?	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a En caso de que sí, ¿cuándo? _____
¿Cuándo fue su última vacuna contra el tétanos? _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Fue Td (tétanos/difteria) o Tdap (incluye tos ferina)	☐ Td ☐ Tdap
¿Cuándo se hizo la última prueba cutánea de la tuberculosis? _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Por favor, indique si ha recibido alguna de las siguientes vacunas y, en caso de que así sea, cuándo las recibió.

Combinación Twinrix A/B (serie de 3) _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Hepatitis A (serie de 2) _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Hepatitis B (serie de 3) _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Influenza _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Neumococo ("neumonía") _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Fiebre tifoidea (oral o inyectable) _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Fiebre amarilla _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Cólera _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Meningococo _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Prevención y tratamiento del paludismo _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Inmunoglobulina _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a
Otros _____	☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Firma del cliente

Fecha

Información revisada con el cliente

RN Signature
Firma del enfermero/a

Date
Fecha