

Certificado de Salud
Para la revisión y firma de un profesional médico

Nombre del participante: _____

Profesional médico: _____
(por favor lea cuidadosamente antes de su firma)

El profesional médico debe tener licencia profesional, en el país donde se realice la valoración respecto de la salud del participante. El profesional médico en ningún caso podrá ser valorado por un familiar directo.

Tenga en consideración el estado de salud general tanto física como mental del participante, en relación con las condiciones del programa de Enseñanza de Inglés.

Los participantes podrán convivir con familias anfitrionas o en apartamentos independientes y enseñar hasta 40 horas semanales de inglés en Instituciones Educativas Colombianas. Los Participantes podrán tener que enfrentarse a situaciones sin cercanía a la vida occidental, que puedan afectar las condiciones de salud y servicios psicológicos. Los Participantes deberán ser aptos para ajustarse a los cambios climáticos, de dieta y condiciones de vida, así como a aspectos desconocidos para ellos en el diario vivir.

Revise y discuta la historia clínica del participante y el formulario de salud del operador local en Colombia, mire detenidamente las medicaciones que el participante pueda necesitar recurrentemente para las realizaciones de actividades físicas y mentales al respecto. En caso de que el participante esté bajo prescripción médica, **por favor sustente sus prescripciones** con él/ella y asegure que puedan traer suficiente cantidad de medicamentos para lo largo del tiempo que se encuentre fuera del país de residencia. Para mayor información sobre viajes internacionales con medicamentos, remítase a:

<http://www.miusa.org/ncde/tipsheets/medications>

Notas del profesional médico (opcional):

Yo como médico profesional, doy fe que las condiciones médicas del paciente son óptimas, han sido estables durante un período de tiempo considerable, (en caso tal de estar siendo medicados) y está en condiciones físicas y mentales para participar en un programa en el extranjero de Colombia.

Firma del profesional médico certificado: _____ Fecha: _____

Nombre del profesional médico certificado (En letra legible): _____

Título del profesional médico: _____

Dirección del profesional médico: _____

Número telefónico del profesional médico: _____

Email de profesional médico: _____

NUMERO DE MEDICO REGISTRADO: _____

CELLO OFICIAL DE MEDICO