



ESTUDIANTES EXTRANJEROS EN LA UNAM
FORMATO DE SALUD – CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

ID Estudiante: _____ Semestre/año de admisión: _____

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____

Sexo: _____ N° seguro de salud: _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____

Teléfono de contacto: _____ E-mail: _____

Altamente recomendadas:

1. VARICELA

#1

dd	mm	aaaa

 #2

dd	mm	aaaa

 con diferencia de por lo menos 28 días entre la 1° y 2°
ó fecha de enfermedad (dd/mm/aaaa): _____

2. SARAMPIÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS

#1

dd	mm	aaaa

 después de los 12 meses de edad.

#2

dd	mm	aaaa

 por lo menos 28 días entre la 1° y 2°.

ó

Sarampión

#1

dd	mm	aaaa

#2

dd	mm	aaaa

Rubéola

#1

dd	mm	aaaa

#2

dd	mm	aaaa

Parotiditis

#1

dd	mm	aaaa

#2

dd	mm	aaaa

3. HEPATITIS A

última

dd	mm	aaaa

 ó fecha de enfermedad (dd/mm/aaaa): _____

4. FIEBRE ENTÉRICA

última

dd	mm	aaaa

 ó fecha de enfermedad (dd/mm/aaaa): _____

Última fecha de vacunación o enfermedad se recomienda no mayor o igual a 3 años.

5. TÉTANOS/DIFTERIA/PERUSSIS

última

dd	mm	aaaa

Última fecha de vacunación se recomienda no mayor a 5 años.



ESTUDIANTES EXTRANJEROS EN LA UNAM
FORMATO DE SALUD – CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

ID Estudiante: _____ Semestre/año de admisión: _____

Apellido(s): _____ Nombre(s): _____

Recomendadas:

6. INFLUENZA

última

dd	mm	aaaa

La vacunación se recomienda que corresponda con la temporada estacional para el Hemisferio Norte (noviembre a abril).

7. HEPATITIS B

#1

dd	mm	aaaa

#2

dd	mm	aaaa

#3

dd	mm	aaaa

Otras:

8. RABIA (pre-exposición)

#1

dd	mm	aaaa

#2

dd	mm	aaaa

#3

dd	mm	aaaa

9. MENINGOCOCO

última

dd	mm	aaaa

Última fecha de vacunación se recomienda no mayor a 5 años.

Tipo de vacuna: _____

10. DENGUE

#1

dd	mm	aaaa

#2

dd	mm	aaaa

#3

dd	mm	aaaa

La Clínica de Atención Preventiva del Viajero de la UNAM puede proveer asistencia en las recomendaciones y en caso de solicitar el servicio puede aplicar las vacunas recomendadas, para mayor información escribir a:

movilidad@clinicadelviajero.com.mx

PROVEEDOR DEL SERVICIO DE SALUD

Nombre completo: _____

Domicilio: _____

Correo electrónico: _____

Firma autógrafa: _____

Sello de la institución de salud o clínica:

Sobre el manejo de la información y el marco normativo puede consultar el siguiente sitio web, sección de Confidencialidad:
clinicadelviajero.com.mx/términos-y-condiciones

Enviar por correo electrónico a movilidad@clinicadelviajero.com.mx



ESTUDIANTES EXTRANJEROS EN LA UNAM
FORMATO DE SALUD – CERTIFICADO DE SALUD

ID Estudiante:	Semestre/año de admisión:	
Apellido(s):	Nombre(s):	
Sexo:	Nº seguro de salud:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):
Teléfono de contacto:	E-mail:	

El presente estudiante ha sido aceptado en la Universidad Nacional Autónoma de México. Con la finalidad de contar con un expediente médico que facilite cualquier intervención de salud o asistencia médica sea tan amable de compartir con los médicos de la Clínica de Atención Preventiva del Viajero de la UNAM sus antecedentes y condiciones de salud existentes. Es de gran importancia que mantenga su esquema de vacunación al corriente, así como tomar en cuenta las recomendaciones de vacunación y de salud con la finalidad de disminuir los riesgos sanitarios asociados con su estancia en el país.

Cualquier duda o aclaración sienta la confianza de contactar a la Clínica de Atención Preventiva del Viajero de la UNAM en el siguiente correo electrónico movilidad@clinicadelviajero.com.mx

Sobre el manejo de la información y el marco normativo puede consultar el siguiente sitio web, sección de Confidencialidad: clinicadelviajero.com.mx/términos-y-condiciones

Fecha de examen médico (dd/mm/aaaa):	Peso (kg):	Talla (cm):
--------------------------------------	------------	-------------

1. ¿Cuenta con alguna enfermedad o ha presentado alguna condición de salud que debamos conocer o dar seguimiento?
2. En caso de contar con alergia(s) mencione a qué, la severidad y los medicamentos que usa:
3. ¿Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento? Sea tan amable de proporcionar los datos de contacto (nombre, correo electrónico y teléfono) en caso de requerir contactar a los proveedores de salud.



ESTUDIANTES EXTRANJEROS EN LA UNAM
FORMATO DE SALUD – CERTIFICADO DE SALUD

ID Estudiante:

Semestre/año de admisión:

Apellido(s):

Nombre(s):

4. Enliste y describa brevemente algún estudio de laboratorio, radiológico y/o anomalía física con la que cuente:
5. Mencione cualquier antecedente o situación sobre salud mental que padezca o haya padecido (ejemplo: depresión, ansiedad, desórdenes alimenticios, etc.)
6. ¿Qué recomendaciones sugiere para dar seguimiento o atención médica a este estudiante? Sea tan amable de enviar cualquier resumen médico, informe o estudio de laboratorio o gabinete que considere importante para la atención y/o seguimiento del estudiante a: movilidad@clinicadelviajero.com.mx

PROVEEDOR DEL SERVICIO DE SALUD

Nombre completo:

Domicilio:

Correo electrónico:

Firma autógrafa:

Sello de la institución de salud o clínica: