

Entrenamiento de Tiempo Completo en Caacupé
CUESTIONARIO MÉDICO DEL ENTRENANTE
CONFIDENCIAL

Nombre		Edad		Fecha nacimiento	
La iglesia que envía		Teléfono			
Nacionalidad		eMail			

- *Es necesario hacerse una prueba de tuberculosis que no sea de más de seis meses **antes** de comenzar el entrenamiento.*
- *Si juzga que alguna pregunta es muy personal, siéntase libre de omitirla y discutirla con el representante de salud.*
- **Favor de dar detalles a las respuestas que conteste SI, es decir, que requieran explicación. Use el espacio que provisto al final del formulario.**

1	¿Goza al presente de una salud estable y libre de enfermedades contagiosas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2	¿Es alérgico a algún medicamento? Si lo es, traiga evidencia médica.	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3	¿Está tomando algún medicamento con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4	¿Es alérgico a algún alimento?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5	¿Tiene alguna enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6	¿Tiene algún impedimento físico?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7	¿Ha sido sometido a cirugía alguna vez?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8	¿Le ha recomendado el médico algún análisis o tratamiento que aún no ha llevado a cabo, por ejemplo: radiografías debido a una tos crónica, a una posible operación o a una hernia?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9	¿Ha padecido alguna vez de estas enfermedades?:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	a. úlceras gástricas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	b. tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	c. hepatitis A o B, ¿cuál? <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	d. enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	e. enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	f. cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	g. alta presión	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	h. crisis nerviosa	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	i. epilepsia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	j. asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
	k. otra enfermedad seria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
10	¿Ha sido alguna vez hospitalizado por enfermedad física?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
11	¿Ha sido alguna vez hospitalizado por enfermedad mental?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
12	¿Ha estado alguna vez bajo cuidado psiquiátrico o psicológico o se le ha recomendado visitar a un profesional psiquiatra o psicólogo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
13	¿Tiene dificultad para quedarse dormido en la noche?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
14	¿Se despierta en la noche o tiene dificultad en volver a dormirse?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
15	¿Tiene temores poco comunes (tales como claustrofobia)?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
16	¿Tiene dificultad en adaptarse a nuevas situaciones?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
17	¿Ha padecido de ataques de ansiedad?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

18	¿Ha padecido de migraña?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
19	¿Ha usado las siguientes sustancias en los últimos tres años?: <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco (Si es afirmativo, indique por cuánto tiempo y el número de cajetillas diarias) • Alcohol (Si es afirmativo, indique por cuánto tiempo y con cuánta frecuencia a la semana) • Drogas que formen hábito (Si es afirmativo, indique por cuánto tiempo y con cuánta frecuencia a la semana) 	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
20	¿Se le ha practicado un examen físico en los últimos tres años? Si es así, dé la fecha, la razón y los resultados:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
21	¿Le han tomado una radiografía del pecho en los últimos tres años? Si es así, dé la fecha, la razón y los resultados:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
22	¿Ha tenido una tos por más de tres semanas, o esputo con sangre?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
23	¿Cuántos catarros le dan al año? Menos de 3 ____ 3 o más ____		
24	¿Ha tenido un cambio reciente de peso de dos kilos (cinco libras) o más?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
25	¿Ha sido alguna vez diagnosticado por un médico con un desorden al comer? ¿Cuál? Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
26	¿Cuándo fue su última visita al dentista? ¿Qué recomendaciones le dio? Fecha: _____ Recomendación: _____		
27	¿Le ha recomendado el dentista hacerse algún trabajo dental y no lo ha hecho todavía?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

REGISTRO DE VACUNAS

<i>Vacuna/Prueba *</i>	<i>Fecha en que la recibió</i>		
Td		Debe ser de no más de 10 años	
Hepatitis A	#1	#2	
Hepatitis B	#1	#2	#3
TB en la piel (PPD)	Fecha: Resultado:	¿Positivo? Fecha radiografía de pecho:	Resultado de la radiografía:
SRP	#1	#2	
* Si algunas de las vacunas o prueba de TB en la piel (PPD) no ha sido recibida, favor de explicar la razón in este espacio:			

INFORMACIÓN ADICIONAL

28	¿Cuál es su estatura?	
29	¿Cuál es su peso?	
30	¿Con cuál mano escribe?	<input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Zurda
31	¿Se ha medido su presión arterial en los últimos tres años? *Si es afirmativo, ¿cuál fue la medida?:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
32	¿A quién notificamos en caso de emergencia: Nombre: Parentesco: Dirección: Teléfono:	
33	¿Qué clase de cobertura de seguro médico tiene o buscaría tener que cubra situaciones de emergencia (hospitalización) que puedan surgir mientras está en el entrenamiento?	

IMPORTANTE: Use este espacio para dar detalles de alguna de estas preguntas. Primero anote el número de la pregunta y luego escriba. Use otras hojas de papel si fuera necesario.

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

PARA LOS QUE PROCURAN ASISTIR AL Entrenamiento de Tiempo Completo en Caacupé

Para que una solicitud sea considerada por la Oficina se debe incluir el resultado de la revisión médica que incluye varias vacunas y una prueba de TB. Debido a que los entrenantes están en contacto prolongado unos con otros, es necesario que todos los candidatos hagan esta revisión. A fin de poder asistir al entrenamiento, el candidato tiene que presentar evidencia de una prueba de TB, sea en la piel (se llama prueba de Tuberculina, si es que existe en su país de origen) con resultado negativo o mejor una radiografía de pecho que muestre que no tiene tuberculosis. Favor de incluir esta información en su Cuestionario Médico.

Hacemos las siguientes recomendaciones ya que es muy importante evitar enfermedades entre los entrenantes, especialmente enfermedades contagiosas. Así como evitar los gastos innecesarios que éstas incurren. Los costos de cuidado médico pueden ser muy costosos, así que recomendamos que se haga lo siguiente antes de llegar al ETCC:

- 1) Tomarse una Radiografía de pecho o hacer una **Prueba de TB en la piel** (se llama prueba de Tuberculina, si es que existe en su país de origen).
- 2) **Vacunarse contra Hepatitis A y B.**
- 3) Vacunarse contra el Tétano/Difteria. (Tiene que habérselo hecho durante los últimos 10 años).
- 4) Vacunarse contra el Sarampión. (Debe hacerse dos veces en la vida).
- 5) Tomarse la Presión arterial. (Hecha este año).
- 6) Tomar una decisión en cuanto a una cubierta de seguro médico.

Lea la carta relacionada con las pruebas y vacunas recomendadas:

<http://www.etc-c.org/Textos/PruebasVacunas.pdf>.

Los entrenantes deben traer el registro de vacunas, si es posible. Si hay preguntas al respecto favor de escribir a **oficina@etc-c.org**. Gracias.