

140° Período de Sesiones del Consejo Internacional del Café
Ficha Médica Individual
Individual Medical Sheet

País: Country			
DATOS PERSONALES Personal information			
NOMBRE (S): Name (s)		APELLIDOS: Last Names	
EDAD: Age	SEXO: Gender	PESO: Weight	ESTATURA: Height
GRUPO SANGUÍNEO: Blood type		FACTOR RH: RH Factor	
1. ESTADO INMUNITARIO Immune status			
ALERGIAS: Allergies		INMUNIZACIONES RECIENTES: Recent immunizations	
	SI NO Yes No		SI NO Yes No
1. AMBIENTALES Environmental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. MEDIOS DE CONTRASTE Contrast means	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. ALIMENTICIAS (*) Dietary	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. TETANOS Tetanus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. ANALGÉSICOS Analgesics	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. HEPATITIS B/C Hepatitis B/C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. ANTIBIÓTICOS Antibiotics	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8. OTROS Others	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(*) 2.- Cuáles _____ Which			
2. ANTECEDENTES MÉDICOS (Especificar si es necesario) Medical records (specify if needed)			
	SI NO Yes No		SI NO Yes No
9. CARDIOPATIA ISQUEMICA Ischemic Heart Disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13. ANGOR Angina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. INFARTO AL MIOCARDIO Myocardian Heart Attack	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14. ARRITMIAS Cardiac arrhythmia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. MARCAPASOS DEFINITIVO Pacemaker	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15. HIPERTENSIÓN ARTERIAL Hypertension	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16. OTROS _____ Others	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS			

Surgical records	
ESPECIFICAR: Specify	
4. TRATAMIENTOS ACTUALES Current treatments	
ESPECIFICAR: Specify	
5. INFORMACIÓN DE POLIZA DE SEGURO DE VIAJE Travel Insurance Policy Information	
NOMBRE DEL SEGURO, NÚMERO DE POLIZA Insurance name and policy number	
5. NECESIDADES MÉDICAS Y ALIMENTICIAS DE CARÁCTER ESPECIAL: Special Medical and Dietary Needs	