



## CONFIDENTIAL OCCUPATIONAL HEALTH QUESTIONNAIRE *CUESTIONARIO CONFIDENCIAL MEDICO*

Name of participant .....  
*Nombre del participante*

Country of destination .....  
*País de destino*

It is important that we support you. Please fill in the questionnaire below, which identifies any health related problems which may affect you on the venture. We require this confidential information to ensure that any health conditions you have identified which affect, or are affected by your work experience are taken into account. This will be enabling us to identify any additional equipment or support that may be required.

*Ees muy importante para nosotros apoyarte en todo lo que necesites. Por favor rellena el cuestionario de abajo, identificando cualquier problema médico, que pueda afectar el éxito de tu estancia. Té solicitamos esta información confidencial, para asegurarnos que los problemas sanitarios que menciones sean tenidos en cuenta a la hora de organizar tus prácticas. Esto va a permitirnos identificar cualquier ayuda adicional que puedas necesitar.*

- **Have you recently had, or have you ever suffered from any illness or medical conditions?**  Yes  No  
*Has tenido alguna enfermedad recientemente o en el pasado que debas notificar?* Si No

If yes, what  
*Si es así, especifica cual* .....

- **Are you taking any medication?**  Yes  No  
*Estás tomando algún medicamento?* Si No

If yes, what  
*Si es así, especifica cual* .....

- **Have you ever been in hospital?**  Yes  No  
*Has estado en el hospital alguna vez?* Si No

If yes, please explain  
*Si es así, por favor explica la razón* .....

- **Have you ever had an operation?**  Yes  No  
*Has sido operado alguna vez?* Si No

If yes, please explain  
*Si es así, por favor explica de que* .....

**Signature of Participant**  
*Firma del participante*

**Signature of Doctor / Guardian**  
*Firma del doctor / tutor*

**Date**  
*Fecha*