Premier Au Pairs®

# CERTIFICADO MEDICO
## *MEDICAL CERTIFICATE*
## *CERTIFCAT MEDICALE*

**La/el solicitante que le presenta este formulario está aplicando para participar en el Programa Au Pair en el extranjero. Si es aceptada/o será responsable de cuidar los niños de una familia. Es muy importante que las/los jóvenes a los que se les confíe esta responsabilidad tengan una buena salud.**

***The applicant presenting you this form is applying for participation in the Au Pair Programme abroad. If accepted she/he will be responsible for childcare in a family. It is important that the young people we recommend for this responsibility are in good health.***

***La candidate/le candidat qui présent ce formulaire est appliquant pour participer dans le Programme Au Pair dans l'étrangère. Si est accepté sera responsable de s'occuper des enfants d'une famille. C'est très important que les jaunes aux lesquels sont confiés cette responsabilité auraient une bonne santé.***

**DATOS PERSONALES**
***PERSONAL DATA***
***DONNEES PERSONNELLES***

| |
|---|
| **Nombre:**<br>***Name***<br>***Prénom*** |
| **Apellidos:**<br>***Surname***<br>***Nom*** |
| **Fecha de nacimiento:**<br>***Date of birth***<br>***Date de naissance*** |
| **Peso (kg.):**<br>***Weight***<br>***Poids*** |
| **Altura (mts.):**<br>***Height***<br>***Haute*** |

**¿Padece o ha padecido la/el solicitante alguna de estas enfermedades?:**
***Does the applicant have or have had any of these diseases?***
***Est-ce que la/ le candidat/e avez ou avez eu une de ces maladies?***

| | SI<br>*Yes*<br>*Oui* | NO<br>*No*<br>*Non* | | SI<br>*Yes*<br>*Oui* | NO<br>No<br>Non | | SI<br>Yes<br>Oui | NO<br>No<br>Non |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Alergia**<br>***Allergies***<br>***Allergies*** | | | **Diabetes**<br>***Diabetes***<br>***Diabète*** | | | **Varicela**<br>***Chicken pox***<br>***Varicelle*** | | |
| **Sarampión**<br>***Measles***<br>***Rougeole*** | | | **Rubeola**<br>***Rubella***<br>***Rubéole*** | | | **Paperas**<br>***Mumps***<br>***Oreillons*** | | |
| **Escarlatina**<br>***Scarlet fever***<br>***Scarlatine*** | | | **Asma**<br>***Asthma***<br>***Asthme*** | | | **Hepatitis**<br>***Hepatitis***<br>***Hépatites*** | | |
| **Jaqueca**<br>***Headache***<br>***Maux de tête*** | | | **Neumonía**<br>***Pneumonia***<br>***Pneumonie*** | | | **Epilepsia**<br>***Epilepsy***<br>***Epilepsie*** | | |



Premier Au Pairs

Premier Au Pairs®

| | SI<br>*Yes*<br>*Oui* | NO<br>*No*<br>*Non* | | SI<br>*Yes*<br>*Oui* | NO<br>*No*<br>*Non* | | SI<br>*Yes*<br>*Oui* | NO<br>*No*<br>*Non* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Enfermedades coronarias**<br>*Heart condition*<br>*Maladies du cœur* | | | **Aparato locomotor**<br>*Locomotor system*<br>*Système Locomoteur* | | | **Sistema respiratorio**<br>*Respiratory System*<br>*Système respiratoire* | | |
| **Sistema nervioso**<br>*Nervous system*<br>*Système nerveux* | | | **Sistema endocrino**<br>*Endocrine system*<br>*Système endocrine* | | | **Depresión**<br>*Depression*<br>*Dépression* | | |
| **Problemas de personalidad**<br>*Personality disorder*<br>*Problèmes de personnalité* | | | **Problemas de ansiedad**<br>*Anxiety disorder*<br>*Problèmes d'anxiété* | | | **Problemas familiares**<br>*Family problems*<br>*Problèmes familiers* | | |
| **Problemas de aprendizaje**<br>*Learning disability*<br>*Problèmes d'apprentissage* | | | **Desórdenes alimenticios**<br>*Problèmes alimentaires*<br>*Eating disorder* | | | **Otros**<br>Others<br>Autres | | |

**Si la respuesta es sí, por favor, dar detalles y fechas.**
***If yes, please, give details and dates.***
***Si oui, s'il vous plait donnez des détails et des dates***

**¿Ha sido la/el solicitante hospitalizada/o alguna vez? Si la respuesta es sí, por favor dar detalles y fechas**
***Has the applicant ever been hospitalised? If yes, please give details and dates***
***Est-ce que la candidate/ le candidat a déjà été hospitalisé? Si oui, s'il vous plaît donnez des détails et des dates***

**¿Está la/el solicitante tomando alguna medicación? Si la respuesta es sí, por favor dar detalles**
***Is the applicant taking any medication? If yes, please list and give details***
***Est-ce que la candidate/ le candidat prend actuellement des médicaments ? Si oui, s'il vous plaît faites une liste et donnez des détails***



Premier Au Pairs

Premier Au Pairs®

**¿Es la/el solicitante alérgica/o a algún medicamento? Si la respuesta es sí, por favor dar detalles**
***Is the applicant allergic to any medication? If yes, please give details***
***Est-ce que la candidate/ le candidat est allergique à quelque médicament? Si oui, s'il vous plaît donnez des détails***

| |
|---|
| |

**Yo, el/la abajo firmante, certifico que toda la información médica importante de la/del solicitante ha sido incluida y que es completa y actualizada.**
***I, the undersigned, certify that all important medical information has been included and that it is complete and accurate.***
***Moi, le sous signer, certifie que toute la information médicale important de la candidate a été inclure et qu'est complète et actualisée.***

**Fecha:**
***Date***
***Date***

**Nombre del médico y firma:**
***Doctor's name and signature***
***Prénom du praticien et signature***

**Nº de Colegiado:**

**Dirección:**
***Address***
***Adresse***



Premier Au Pairs