**CERTIFICADO DE SALUD**

**PROGRAMA BARCO MUNDIAL DE LA JUVENTUD – JAPÓN**

**Nombre de la persona postulante:**

**Rut:**

**Fecha de nacimiento:**

**Edad:**

**Teléfono de contacto:**

**Correo electrónico:**

El/la postulante ha sido evaluado/a clínicamente y, de acuerdo con los antecedentes revisados, se certifica lo siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONDICIÓN DE SALUD** | **SI/NO** | **OBSERVACIONES (SI APLICA)** |
| Goza de un **estado general de salud adecuado** para participar en un programa internacional de 1 mes de duración, a bordo de un barco y en otro país. |  |  |
| No presenta **enfermedades cardiovasculares crónicas o no controladas** (hipertensión, arritmias, insuficiencia cardíaca). |  |  |
| No presenta **enfermedades respiratorias crónicas no controladas** (asma severa, EPOC, otras). |  |  |
| No presenta **trastornos psiquiátricos descompensados** o con riesgo de desestabilización durante el viaje (depresión mayor, trastorno bipolar, esquizofrenia, crisis de pánico). |  |  |
| No presenta **diabetes mellitus no controlada** (requiere tratamiento de fácil manejo durante el viaje). |  |  |
| No presenta **trastornos neurológicos con riesgo de crisis** (epilepsia no controlada, síncopes). |  |  |
| No presenta **embarazo** al momento de la evaluación. |  |  |
| No presenta **trastornos digestivos crónicos no controlados** (enfermedad inflamatoria intestinal, hepatitis activa). |  |  |
| No presenta otras **contraindicaciones médicas** para participar en un viaje prolongado, incluyendo la convivencia en espacios reducidos, cambios de huso horario y exposición a nuevas culturas. |  |  |

Ha recibido las siguientes **vacunas recomendadas**:

|  |  |
| --- | --- |
| **VACUNA** | **FECHA ÚLTIMA DOSIS** |
| Influenza |  |
| COVID-19 |  |
| Hepatitis A y B |  |
| Fiebre tifoidea |  |

|  |
| --- |
| **Observaciones adicionales del médico (si corresponde)** |

Certifico que la persona evaluada se encuentra en condiciones de salud física, mental y emocional para participar en el Programa Barco Mundial de la Juventud – SWY 2026, según lo evaluado el día de hoy.

**Nombre del médico/a:**

**Especialidad:**

**N° de registro:**

**Teléfono de contacto:**

**Correo electrónico:**

**Centro médico de atención:**

**Firma y timbre del médico/a:**