

→ Envíe este formulario y los otros materiales a:

DEPARTAMENTO DE ADMISIONES DE POSGRADO

UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA - Miñones 2177, C1428ATG Buenos Aires, Argentina.
Tel: **5169 7231** | Fax: **5169 7241** | E-mail: **posgradositella@utdt.edu** | **www.utdt.edu**

Apellidos (completos).....

Nombres (completos)

Cobertura médica.....

Nº de asociado Grupo sanguíneo

Personas a las que hay que avisar en caso de emergencia (aclarar parentesco)

Nombre y Apellido	Parentesco	Teléfono

Colocar una X en caso de padecer alguna de estas enfermedades

Alergia Arritmia del corazón Asma Cardiopatía Diabetes Disritmia cecebral

Otros datos de interés

.....

.....

Si ha sido intervenido quirúrgicamente indicar de qué

.....

.....

Otros datos que debemos conocer

.....

.....

Autorizo a las autoridades de la Universidad Torcuato Di Tella a tomar decisiones que a su criterio consideren convenientes en caso de necesidad, por enfermedad o accidentes. Doy mi autorización para que, en caso de necesidad, la medicación indicada por EMERGENCIAS MÉDICAS me sea suministrada.

Firma

Aclaración