

→ Envíe este formulario y los otros materiales a:

### DEPARTAMENTO DE ADMISIONES DE POSGRADO

UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA

Sede Miñones: **Miñones 2177**, C1428ATG | Campus Alcorta: **Sáenz Valiente 1010**, C1428BIJ | Buenos Aires, Argentina.

Tel: **5169 7231** | E-mail: **posgradosditella@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 .....