

DATOS MÉDICOS



→ Envíe este formulario y los otros materiales a:
DEPARTAMENTO DE ADMISIONES DE GRADO

Universidad Torcuato Di Tella

Campus Alcorta: Av. Figueroa Alcorta 7350 - C1428ATG. Buenos Aires, Argentina.

Tel: **5169 7209** | E-mail: **admisiones@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

Arritmia del corazón Asma Cardiopatía Diabetes Disritmia cerebral

¿Es alérgico? Sí No

En caso afirmativo indique a qué

Otros datos de interés

Si ha sido intervenido quirúrgicamente indicar en qué

Toma alguna medicación regularmente?

Otros datos que debemos conocer

Firma del alumno Aclaración

Autorizo a las autoridades de la Universidad Torcuato Di Tella a tomar las decisiones que a su criterio consideren convenientes en caso de necesidad, por enfermedad o accidentes, si no logran ubicarme en los teléfonos que he consignado en la ficha médica de mi hijo/a o tutelado legal. Doy mi autorización para que, en caso de necesidad, la medicación indicada por EMERGENCIAS MÉDICAS sea suministrada a mi hijo/a o tutelado legal.

Firma del padre, madre o tutor legal

Aclaración

