

## Consentimiento de examen médico y autorización para usar mis datos personales

<b>Actividad</b>		Fecha
Barrio	Estaca	
<b>Participante</b>		Fecha de nacimiento
Padre, madre del participante		Número de teléfono de la casa
Dirección		Número de teléfono del trabajo
Ciudad		Estado/Provincia/Departamento

### Información médica

Marque los recuadros que correspondan:  Necesita régimen alimenticio especial  Tiene alergias  Está bajo medicamentos  
 Sufre una enfermedad crónica o reiterada  Una cirugía o enfermedad grave en el pasado año  Tiene condiciones físicas que limitan algunas actividades

Si marcó algunas de las situaciones anteriores, sírvase explicar. Si fuera necesario, utilice el reverso de este formulario.

Doy mi consentimiento para que los profesionales de la salud que participaran en la actividad anteriormente mencionada me realicen todos los exámenes médicos requeridos para completar la carpeta misional y que están programadas como parte de la actividad.

Así mismo autorizo para que mis datos personales sean incorporados en la base de datos de la Iglesia cuya obtención es producto de la evaluación médica que se me realizara como parte de la actividad anteriormente mencionada. La Iglesia podrá realizar flujo transfronterizo de los datos si fuera necesario.

De no proporcionar esta autorización, la Iglesia no podrá realizar las actividades descritas precedentemente. Conozco que podré revocar el consentimiento o ejercer los derechos de acceso, rectificación u oposición remitiendo una comunicación a la siguiente dirección: Calle el Grifo N°151 Urb. Campo Verde, La Molina.

Firma del Participante	Fecha
------------------------	-------