



FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Alumno (a):

Padre / Madre / Tutor(a):

DNI N°:

Programa:

Marque con una X en el recuadro correspondiente

1. ¿Sufre o ha sufrido de algunas de las siguientes enfermedades?

Ninguna enfermedad		Diabetes	
Epilepsia		Tiroides	
Asma bronquial		Anemia	
Enfisema		Desorden de coagulación	
Apnea del sueño		Daltonismo	
Vértigo/ Mareos		Dislexia	
Otros			

2. ¿Sufre de alguna de las siguientes dolencias?

Ningún dolor		Taquicardia	
Infarto cardiaco		Migraña	
Angina		Dolor de cabeza frecuente	
Dolor de pecho		Desmayos	
Presión arterial alta		Parálisis	
Tos crónica		Otros	
Cirugía mayor reciente (hernia, apéndice, etc.)			

3. ¿Presenta algún tipo de alergias? Si la respuesta es afirmativa, señalar cuál (es):

.....
.....

4. ¿Toma algún medicamento de forma continua o por tratamiento? Si la respuesta es afirmativa, indicar cuál (es):

.....

5. En caso de emergencia, ¿a qué persona debemos contactar?

Nombre:

Parentesco:

Número de teléfono:

SENATI Informa:

De conformidad con lo establecido en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, mediante el presente documento, otorgo mi consentimiento libre, previo, informado, expreso e inequívoco para que mis datos personales y datos sensibles o no, puedan ser tratados por el Servicio Nacional de Adiestramiento en Trabajo Industrial (en adelante “el SENATI”), esto es, para la recopilación, registro, almacenamiento, conservación, utilización, transferencia nacional e internacional y/o para que reciban cualquier otra forma de procesamiento por parte del SENATI. Dichos datos serán incluidos en el Banco de Datos Personales “Alumnos” y Banco de Datos Personales “Egresados”, ambos de titularidad del SENATI, con la finalidad de brindar información, ofrecer sus productos y servicios para fines comerciales que puedan ser de su interés, para la gestión académica y financiera del producto o servicio contratado, a efectos de dar cumplimiento a las obligaciones contraídas; así como el envío de información de los resultados del rendimiento académico a solicitud de sus tutores, apoderado y/o patrocinadores; para la participación en pasantías, becas y concursos u otras actividades educativas relacionadas con el producto o servicio contratado; así mismo para la elaboración de materiales de publicidad, materiales didácticos e instructivos.

El SENATI garantiza que los datos personales serán tratados de forma estrictamente confidencial y respetando las medidas de seguridad dispuestas en la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo No. 003-2013-JUS.

Se informa al titular de los datos personales que puede revocar la presente autorización, para el tratamiento de sus datos personales, en cualquier momento, de conformidad con lo previsto en la Ley. Para ejercer este derecho, o cualquier otro previsto en la norma, el titular de datos personales podrá presentar su solicitud en la Dirección Zonal correspondiente. Para mayor información consultar el siguiente enlace: <http://www.senati.edu.pe/web/cobertura-nacional/sedes>

Firma: _____

Lima, ____ de _____ del 201_

Esta Ficha de Información Médica es válida para los ingresantes en todos los Programas académicos del SENATI.