

**UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN****OFICINA DE BIENESTAR UNIVERSITARIO****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EVALUACIÓN INTEGRAL DE SALUD PARA ESTUDIANTES INGRESANTES****DATOS DEL ESTUDIANTE |**

Nombres y Apellidos			
Nº de DNI o Carnet de extranjería		Edad:	Fecha:
Facultad			
Escuela Profesional/ Especialidad			

DATOS DEL APODERADO (En caso el estudiante sea menor de edad)

Nombres y Apellidos del padre o apoderado	
Nº DNI o Carnet de extranjería	
Teléfono de contacto	

Declaro haber sido informado del proceso de la evaluación integral de salud para ingresantes, acerca de las atenciones a realizarse en la Oficina de Bienestar Universitario, la cual consiste en que el estudiante ingresante brinde información a los profesionales sobre su salud física, mental y social, a través de: tecnología, entrevistas, test y toma de muestras (sanguínea).

El personal responsable, en todo el proceso de la evaluación, **tratará los datos personales recabados de forma confidencial y segura**, incluidos los datos de la ficha de evaluación de mi menor hijo.

Se me ha informado con claridad, el carácter de la evaluación y los servicios que la ejecutarán: Medicina, enfermería, nutrición, odontológico, social, psicológico y psicopedagógico. Asimismo, he realizado las preguntas que considero oportunas, las cuales han sido absueltas.

Autorizo de manera libre, previa, expresa e inequívoca para que el personal encargado trate éstos datos personales en las condiciones y finalidades expuestas en éste documento.

Del mismo modo, mi menor hijo responderá con honestidad todos los datos necesarios que me solicita el personal de la Oficina de Bienestar Universitario.

Consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento con la normativa legal vigente, doy mi consentimiento para que la evaluación se pueda llevar a cabo: **SI () NO ()**

Comprendo que los datos personales serán tratados en bancos de datos personales cuya titularidad es de la Oficina de Bienestar Universitario.

Para cualquier inquietud o información adicional puede dirigirse al correo obu.salud@unjfsc.edu.pe o personalmente a la Oficina de Bienestar Universitario.

Firma del Padre o Apoderado
(Si el estudiante es menor de edad)


Huella

Firma y Huella del estudiante
(Si el estudiante es mayor de edad)


Huella