

Esta declaração pode ser preenchida pelo próprio voluntário.

O voluntário é responsável por tomar as vacinas requeridas pelo seu país (e pelo país em que servirá, se for o caso).

☐ Concordo que este formulário seja compartilhado com as organizações da Igreja Adventista do Sétimo Dia pertinentes, que analisarão meu cadastro.

Nome do voluntário

Assinatura

Data de Nascimento

Por favor, indique se você:

1. Teve um problema médico no passado ou está recebendo atualmente tratamento para ataque cardíaco, cirurgia do coração, câncer, etc.? Se sim, por favor, explique.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
2. Já recebeu ou está recebendo tratamento para enfermidade mental, esgotamento nervoso, estresse, depressão, transtorno emocional ou alimentar, etc.? Se sim, por favor, explique.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
3. Já recebeu ou está recebendo tratamento para problemas como uso de drogas ilegais, álcool, cigarro, etc.? Se sim, por favor, explique.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
4. Está recebendo atualmente tratamento para pressão arterial alta e/ou anemia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5. Está recebendo atualmente tratamento para diabetes?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6. Apresenta alguma condição que requer acesso imediato a serviços ou instalações médicas? Se sim, por favor, explique.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7. Tem alergias: do meio-ambiente, medicamentos ou alimentos? Se sim, por favor, explique.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
8. Tem asma ou algum problema respiratório?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
9. Apresenta alguma condição que limita atividades físicas? Se sim, por favor, explique.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
10. Está tomando medicamentos que necessitam receitas? Se sim, por favor, explique.	Sim	Não

Nome do(a) voluntário(a)

Assinatura

Data de preenchimento deste formulário

E-mail

Telefone (incluir o código do país e cidade)