



DECLARACIÓN DE SALUD

Servicio Voluntario Adventista

sva.adventistas.org/es

Este certificado de salud debe ser completado por el voluntario.

Cada misionero es responsable por tomar todas las vacunas requeridas por su país (y para el país en que servirá, si fuere el caso).

☐ Estoy de acuerdo con que este formulario sea compartido con las organizaciones pertinentes de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, que analizarán mi solicitud.

Nombre del voluntario

Firma

Fecha de nacimiento

Por favor, indique si:

1. ¿Tuvo un problema médico en el pasado o está recibiendo actualmente tratamientos por ataque cardíaco, cirugía de corazón, cáncer, etc.? Si la respuesta es Sí, por favor explique.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Recibió o está recibiendo tratamiento por enfermedad mental, desgaste nervioso, estrés, depresión, trastorno emocional o alimenticio, etc.? Si la respuesta es Sí, por favor explique.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Recibió o está recibiendo tratamiento por problemas de abuso de drogas ilegales, alcohol, cigarrillo, etc.? Si la respuesta es Sí, por favor explique.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Está recibiendo actualmente tratamiento por presión arterial alta o anemia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Está recibiendo actualmente tratamiento por diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Presenta una condición que requiere acceso inmediato a servicios o instalaciones médicas? Si la respuesta es Sí, por favor explique.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Tiene alergias relacionadas a: medio ambiente, medicamentos o alimentos? Si la respuesta es Sí, por favor explique.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Tiene asma o algún problema respiratorio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Tiene alguna condición que limita la actividad física? Si la respuesta es Sí, por favor explique.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Está tomando medicamentos que necesitan receta médica? Si la respuesta es Sí, por favor explique.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Nombre del voluntario

Firma

Fecha en que se completó este formulario

E-mail

Teléfono (incluir el código del país y ciudad)