**DECLARACIÓN DE SALUD**

**Nombre y apellidos:**

**Contacto de familiares o allegados más cercanos (nombre, dirección, teléfono, correo electrónico):**

**Su salud y capacidades funcionales**

1. ¿Tiene conocimiento de alguna condición médica o de otro tipo que podría afectarlo cuando viaje o realice trabajo de campo? p. ej., alergias, diabetes, epilepsia, mal de altura, reacciones anafilácticas. En caso afirmativo, por favor, dar detalles (p. ej., cuando se desarrolla la condición, la gravedad, los efectos, la medicación y otros tratamientos).
2. ¿Tiene algún requerimiento / restricción dietética especial? Si es así, proporcione detalles:

**DECLARACIÓN**

Certifico que mis respuestas a las preguntas son completas, precisas y no he retenido ninguna información. Entiendo que, si se demuestra que este no es el caso, puedo resultar excluido del trabajo de campo. Si mis circunstancias médicas cambian desde ahora hasta la fecha de mi partida, me comprometo a buscar asistencia médica con respecto a mi idoneidad para viajar e informar a mi Jefe de trabajo de campo de las consecuencias de dichos cambios.

**Firmado:**

**Nombre y Apellidos:**

**Fecha:**