

FORMA DE REGISTRO de Estudiante



Complete este formulario, fírmalo, y devuélvalo con un pago (pagado a la iglesia) al contacto de CHIC de tu iglesia. Por favor escribe de forma legible..

NOMBRE DE ESTUDIANTE* _____ APELLIDO _____

*Nota: los estudiantes deben haber cumplido sus 15 años de edad para septiembre 1, 2015

SEXO Femenino Masculino FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____
MES DIA AÑO

CURSO del estudiante desde el 1 de Septiembre, 2015* 10 11 12 Grad

*note: students must also be 15 years of age by September 1, 2015

DIRECCIÓN ACTUAL _____ TELÉFONO DE LA CASA _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ C.P. _____

TELÉFONO CELULAR _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

PERTENECIA ETNICA (opcional) Anglo Sajón Africano-Americano Hispano/Latino Asiático-Americano
 Primera Nación/Nativo Americano Originario de Alaska Otro: _____

PADRE/CONTACTO AUTORIZADO _____ TELÉFONO DE LA CASA _____ CELULAR _____

SEGURO MÉDICO*

NOMBRE DE SEGURO O # MEDICO DE CANADA ↑ _____

DIRECCION DE COMPAÑIA DE SEGURO ↑ _____

CIUDAD ↑ ESTADO C.P. _____

TELEFONO ↑ _____

NOMBRE DE ASEGURADO ↑ _____

DE POLIZA ↑ _____

MEDICO ↑ TELEFONO _____

*Además de su propio seguro, un seguro de accidente será proveído durante la semana de CHIC. Los residentes de Canadá deben comprar seguro viajero.

SEGURO DENTAL (SI ES DIFERENTE A LA INFORMACIÓN PREVIA)

NOMBRE DE SEGURO ↑ _____

DIRECCION DE COMPAÑIA DE SEGURO ↑ _____

CIUDAD ↑ ESTADO C.P. _____

TELEFONO ↑ _____

NOMBRE DE ASEGURADO ↑ _____

DE POLIZA ↑ _____

INFORMACIÓN MÉDICA

1. ¿Está su hijo/hija bajo el cuidado médico por algun problema médico? Si No

Si respondió si, por favor explique: _____

2. ¿Está su hijo/hija tomando algún medicamento recetado por

CHIC es una conferencia trienal para estudiantes en la preparatoria (grados 9-12) y es patrocinado por la Iglesia del Pacto Evangélico

su médico? Si No

Si respondió si, por favor anote los medicamentos e indique si requieren refrigeración:

_____ Requiere Refrigeración

_____ Requiere Refrigeración

_____ Requiere Refrigeración

3. Por favor indique la medicina que no desea que su hijo/hija tome si recibe lesiones o enfermedades ligeras.

4. ¿Tiene su hijo/hija alguna de las siguientes condiciones médicas?

Si respondió si, por favor explique cualquier detalle que tenga la condición.

- ¿Problemas de enfermedad crónica? Si No

- ¿Alergias (ej. comida, picadas de abeja, medicamento)?
 Si No

- ¿Limitaciones físicas (ej. deportes de contacto)?
 Si No

- ¿Hay información que nuestro médico debe saber sobre su hijo/hija? Si No

Si respondió si, por favor explique

5. Fechas recientes de las siguientes vacunas:

Vacuna contra de tétano _____ / _____ / _____

Vacuna SPR (triple vírica) _____ / _____ / _____

Yo autorizo la información anterior:

FIRMA DEL PADRE O DE LA PERSONA AUTORIZADA ↑ FECHA

NOMBRE DEL PADRE O DE LA PERSONA AUTORIZADA ↑