



## FORMULARIO DE REGISTRO DE PARTICIPANTE

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Edad del Estudiante: \_\_\_\_\_ Nivel del Grado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES O GUARDIÁNES

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Correo e: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Correo e: \_\_\_\_\_

¿Quién está autorizado a recoger a su niño/niña / joven de su actividad? Si solo desea que personas específicas recojan a su hijo o joven, indique su nombre a continuación. De lo contrario, se puede solicitar la asistencia de cualquier supervisor autorizado de la actividad. (Solo las personas que se enumeran a continuación podrán recoger a su hijo / joven después de su actividad).

 Maestro de clase de niños \_\_\_\_\_

 Animador del Grupo Prejoven (tutor) \_\_\_\_\_

 Tutor del Círculo de Estudio (facilitador) \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE AUTORIZACION MÉDICA

Yo, el padre/la madre o guardian abajo firmante de \_\_\_\_\_, menor de edad, por la presente autorizo al Instituto de Capacitación Regional Centro Sur o su representante designado, agente(s) del abajo firmante, a dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico o quirúrgico y atención hospitalaria que se considere aconsejable por, y se brinda bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano con licencia bajo las disposiciones de la Ley de Práctica de la Medicina en el personal médico de un hospital con licencia, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se brinde en el consultorio de dicho médico o en dicho hospital. Como padre/madre / guardián de un menor de menos de 18 años, entiendo que esta autorización permite al Instituto de Capacitación Regional Centro Sur organizar la atención médica para el menor dependiente de mí en caso de que yo no esté disponible.

Entiendo que soy responsable del pago de todos y cada uno de los gastos médicos incurridos en nombre del menor dependiente. Esta autorización permanecerá vigente desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [fecha] hasta por un año a menos que se especifique, mientras mi hijo asiste a las actividades del Instituto de Capacitación Regional Centro Sur.

Firma de Padre/Madre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre y Teléfono del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre y Teléfono del Médico de Familia: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros Médicos: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia adicional (en caso de que no se pueda localizar a los padres): \_\_\_\_\_

Teléfono #: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Página 1 de 2



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA**

Enumere las alergias, las discapacidades, las condiciones de salud limitantes, los medicamentos y las reacciones a los medicamentos:

---

---

---

---

---

---

---

**CONSENTIMIENTO DE TRANSPORTE Y ACUERDO DE CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFÍA**

Por la presente  doy mi consentimiento /  me niego (marque uno) a autorizar el uso y reproducción de todas y cada una de las fotografías y cualquier otro material audiovisual tomado de las personas registradas enumeradas anteriormente para su inclusión en cualquiera de los materiales impresos promocionales del programa, sitios de web y plataformas de redes sociales en línea, para los efectos de la promoción del programa.

Al firmar a continuación, también  doy mi consentimiento /  niego (marque uno) a autorizar a los maestros de clase, líderes o sus asistentes que tienen 18 años o más, a transportar a mis hijos hacia y desde la clase en un vehículo u otros medios según sea necesario.

Firma de Padre/Madre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_