



Formulario de inscripción del Club de Guías Mayores

Deseo (marque lo que corresponda):

Solicitar membresía Renovar mi membresía

Transferir mi membresía de _____

Información personal

Nombre _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico: _____ Celular () _____

Nombre de la iglesia a la que asiste _____ ¿Es bautizado? Sí No

Marque todos los niveles que ha completado: Corderito Castorcito Abejita
industriosa Rayito de sol Constructor Manos ayudadoras

Amigo Compañero Explorador Orientador Viajero Guías

COMPROMISO DEL SOLICITANTE: Acepto cumplir las reglas del Club y el Voto y Ley del Guía Mayor, así como asistir a las reuniones del Club, campamentos y otras salidas y actividades del Club. Acepto cumplir las reglas del club y los principios de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Firma del Aspirante

HISTORIAL FAMILIAR

Nombre del padre o representante: _____

Correo electrónico: _____ Celular () _____

¿Miembro de la iglesia adventista del séptimo día? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde tiene su membresía? _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

Para ser leído y completado por el padre o representante y si su estado/provincia lo requiere notariado.

Nombre legal del Guía Mayor _____
Fecha de nacimiento _____ Encierre en un círculo: Varón/Mujer
Dirección _____
Ciudad _____ Estado/Provincia _____ Código postal _____
Nombre del Padre o Tutor: _____
Teléfono móvil # (____) _____

Nombre del médico de familia _____ Teléfono (____) _____
Proveedor de seguro médico _____
Número de póliza de seguro médico _____
Nombre del padre o representante _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono de casa (____) _____ Celular (____) _____

Proveedor de seguro médico _____

Póliza de seguro médico # _____

HISTORIAL MÉDICO

Peso _____ Estatura _____ Última vacuna contra el tétano _____
Tipo de Sangre: _____ Alergia a alimentos: _____
Alergia a medicamentos _____
Medicamentos que toma actualmente : _____

Historial médico (operaciones recientes, diabetes, enfermedades crónicas)

Persona de contacto en caso de accidente o enfermedad si los padres o representantes no están disponibles.

Nombre _____
Número de teléfono (____) _____ Relación con el menor _____
Yo _____ (padre/representante) doy el siguiente consentimiento de

tratamiento médico de emergencia para el menor mencionado anteriormente. Válido desde el _____ hasta el _____ .

Operación de emergencia Primeros auxilios (marque cada uno que corresponda)



Nombre: _____

La siguiente información se utilizará para todas las actividades del club de Guías Mayores para el año 2024-2025.

Tenga en cuenta en el formulario de permiso del evento si hay algún cambio con respecto a esta información.

Todos los eventos serán patrocinados por la Conferencia de Arkansas-Louisiana y/o la Iglesia _____ SDA, _____, _____. Por la presente declaro que dicho niño está física y médicamente capacitado para participar en las actividades del club. Por la presente, libero a la Iglesia Adventista del Séptimo Día y a sus representantes autorizados y personal de toda responsabilidad de cualquier tipo y carácter sobre cualquier reclamo, demanda o causa de acción que pueda hacerse valer en nombre de dicho menor y/o en contra de la Iglesia Adventista del Séptimo Día _____, representantes o personal. Además, en caso de accidente, si dicho personal o representantes no pueden ponerse en contacto con el abajo firmante, por la presente otorgo permiso a dicho personal o representante para administrar primeros auxilios y / o llevar al solicitante a un centro médico para recibir tratamiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Cell #: _____

Relación con el solicitante: _____

Por favor, compruebe cualquier medicamento de venta libre (OTC) que el personal puede dar a los Guías Mayores.

- Ibuprofeno (dolor de cabeza, dolor muscular o dolor)
- Acetaminofen (según sea necesario dolor de cabeza o dolor)
- Robitussin (tos)
- Loperamide Hydrochloride 2 mg (diarrea)
- Visine or clear eye drops (oicazon o ardor de ojos)
- Mylanta, Maalox or Tums (dolor de Estomago)
- Antibiotico en crema (cortadas)
- Cortisona crema (picaduras de insectos, hiedra venenosa)
- Benadryl tabletas (alergia, picadura de insectos)
- Caladryl crema (picazon)
- Pastillas para la tos (tos)

Instrucciones especiales

Los medicamentos que toma actualmente el solicitante y cualquier reacción alérgica para este solicitante deben enumerarse a continuación junto con el nombre y el número de teléfono del médico del solicitante.

Si el Guía Mayor tiene sus propios medicamentos, estos deben ser guardados y administrados por el personal.

Medicamentos _____

Alergias _____

Alergias alimentarias _____ Tipo de Sangre _____

Doctor _____ Telefono _____

Dentista _____ Telefono _____