



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 Guia 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 _____
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)



Name: _____

The following information will be used for all club activities for the 2023-2024 Master Guide year.

Please note on the event permission form if there are any changes from this information.

All events will be sponsored by the Arkansas-Louisiana Conference and/or the _____ SDA Church, _____, _____. I do hereby state that said child is physically and medically able to participate in the club activities. I do hereby release and discharge the SDA Church and its authorized representatives and staff from all liability of any kind and character upon any claim, demand, or cause of action which might be asserted on behalf of said minor and/or myself against the _____ SDA Church, representatives, or staff. Furthermore, in the event of an accident, if said staff or representatives are unable to contact the undersigned, I hereby grant permission to said staff or representative to administer first aid, and/or to take the applicant to a medical facility for treatment.

Signed: _____ Date: _____

Printed Name: _____ Cell #: _____

Relationship to applicant: _____

Please check any OTC (over the counter) meds that the staff is allowed to give the Master Guides.

- Ibuprofen (headache, muscle ache or pain)
- Acetaminophen (as needed headache or pain)
- Robitussin (cough)
- Loperamide Hydrochloride 2 mg (diarrhea)
- Visine or clear eye drops (itching eyes)
- Mylanta, Maalox or Tums (upset stomach)
- Antibiotic ointment (wound care)
- Cortisone cream (insect bites, poison ivy)
- Benadryl caplets (insect bite, allergy)
- Caladryl cream (itching)
- Cough Drops (cough)

Special Instructions

Medications currently taken by the applicant and any allergic reactions for this applicant must be listed below along with the applicant's doctor's name and phone number.

If Master Guide has own medications, they must be kept and administered by staff.

Medications _____

Allergies _____

Food Allergies _____

Doctor _____ Phone _____

Dentist _____ Phone _____