

HMDA Solicitud De Servicio



1. Solicitud para el proyecto de: _____ Fecha de Proyecto: _____
2. Habilidades y talentos : _____
3. Nombre: _____ Sexo: ? M ? F
4. Dirección: _____
Calle, # de apartamento, etc. (apartado postal y dirección física)
5. Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
6. Correo Electrónico: _____ Fono Casa: _____
7. Fono Trabajo: _____ Fax: _____ Celular: _____
8. Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____
Día/mes/año
- Ciudadanía: _____
Lugar de nacimiento: Ciudad, Estado, País
9. Lugar y Dirección de Empleo: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____
10. ¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos o Canadá? _____ ¿Dónde? _____
11. ¿Tiene pasaporte? ? Sí ? No Número de Pasaporte: _____
12. ¿De qué país? _____ Lugar de emisión: _____ Fecha de expiración: _____
13. Estado Civil: ? Soltero(a) ? Casado(a) ? Viudo(a) ? Divorciado(a) Nombre-Cónyuge: _____
14. Beneficiario de Seguro de Vida: _____
15. EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTE A:
Nombre: _____ Relación suya: _____
Fono (día): _____ Fono (noche): _____ # Celular: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Yo, _____ (su nombre), como voluntario entiendo y estoy al tanto del riesgo relacionado en ser voluntario y asumo dichos riesgos como voluntario participando y ayudando los Hombres y Mujeres De Acción rindiendo servicio a este proyecto. Acepto y como miembro de este equipo de HMDA, estoy de acuerdo con lo siguiente: Pongo en libertad y libro de cumplimiento a la organización e individuos que han ayudado organizar dicho proyecto, incluyendo Los HMDA, La Iglesia de Dios Internacional, sus agentes, empleados, oficiales y voluntarios de todo reclamo, demandas, acciones, juicios o ejecuciones que yo alguna vez he podido tener, tengo, o pueda tener, o que tengan mis herederos, ejecutores, administradores, o beneficiarios tenga o proclamen tener, en contra de estas organizaciones y sus agentes, empleados, oficiales y voluntarios, y sus sucesores o asignados, por todo daño personal, conocido o no conocido y daños a su propiedad personal, reales o personales, causadas por o surgida de este viaje. Pretendo estar legalmente atado(a) a esta declaración.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Formulario de historial medico

Hombres y Mujeres De Acción PO Box 2430
Fono: (423) 478-7955 Fax: (423) 478-7408

Cleveland, TN 37320-2430
Correo-E: amorris@cgmwoa.org

FECHA: _____

MEDICO DE FAMILIA: _____ FONO: _____

TENGO SEGURO MEDICO: SI NO

Si tiene, favor de indicar nombre de compañía: _____

Favor de proveer la siguiente información:

Indique si tiene o ha tenido alguna vez cualquiera de las siguientes condiciones médicas:

Alergias Si No Si tiene alguna alergia, indique a que es alérgico(a) _____

¿Está recibiendo algún medicamento prescrito para las alergias? Si No Favor de especificar: _____

Favor de especificar: _____

Asma Si No ¿Esta recibiendo algún medicamento prescrito para el asma? Si No

Favor de especificar: _____

Diabetes Si No ¿Esta tomando insulina u otro tipo de medicamento para la diabetes? Si No

Favor de especificar: _____

Trastorno Digestivo (estómago, colon, etc.) Si No

¿Qué tipo de enfermedad/problema tiene? _____

¿Esta tomando algún medicamento para este problema? Si No Favor de especificar: _____

Epilepsia Si No ¿Esta recibiendo algún medicamento prescrito para la epilepsia? Si No

Favor de especificar: _____

Condición Cardíaca Si No Favor de especificar: _____

¿Esta tomando algún medicamento para dicha condición? Si No Favor de especificar: _____

Problema Renal (riñones) Si No Favor de especificar: _____

¿Esta tomando algún medicamento para dicha condición? Si No Favor de especificar: _____

¿Tiene algún impedimento físico? Si No Favor de especificar: _____

¿Está recibiendo algún otro medicamento? Si No Favor de especificar: _____

Favor de explicar cualquier otra condición física que tenga, no antes mencionada: _____

Por este medio certifico que ésta información acerca de mi historial medica es precisa. Si hubiera algún cambio, notificare a la oficina inmediatamente. En el evento que necesite atención medica de emergencia y no soy capaz de dar mi consentimiento, por este medio autorizo a cualquier miembro de Hombres y Mujeres de Acción a tomar la decisión necesaria.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Persona encargada (si es menor de 18 años) _____