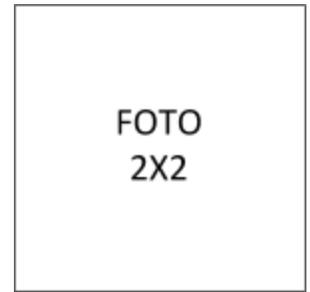




IGLESIA CRISTIANA (DISCÍPULOS DE CRISTO) EN PUERTO RICO  
SOLICITUD PARA LOS ENCUENTROS DE CAPACITACIÓN PARA LÍDERES  
JUVENILES, ADOLESCENTES Y JÓVENES EN EL CAMPAMENTO MORTON

Completar en letra de molde con bolígrafo azul o negro.  
Marque con una (X) el Encuentro del que participará.



Juveniles \_\_\_\_ Adolescentes \_\_\_\_ Jóvenes \_\_\_\_ Jóvenes II \_\_\_\_  
(10 – 12 años) (13 – 15 años) (16 – 18 años) (19 – 25 años)

## I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre, Inicial y Apellidos \_\_\_\_\_

FN: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Peso \_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_ F/M \_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Escolaridad (Último año que acaba de cursar) \_\_\_\_\_

Dirección Residencial \_\_\_\_\_ Código de Área \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
nombre y relación teléfono

¿Esta es su primera experiencia en los Encuentros de Verano? Sí \_\_\_\_ / No \_\_\_\_

**Nota: Esta solicitud debe estar acompañada de una copia del certificado de nacimiento.**

## II. LO QUE DEBES LLEVAR AL ENCUENTRO

- Biblia
- Tarjeta de Plan Médico (si alguno)
- Medicamentos (quedarán custodiados por la enfermera)
- Vestimenta apropiada: Camisas/blusas o trajes (no ceñidas al cuerpo, con transparencias o escotes pronunciados, deben quedar debajo del ombligo y deben tener mangas o manguillos de no menos de una pulgada), pantalones (largos o bermudas), ropa interior, medias, correas y zapatos cómodos
- Almohada
- Ropa de cama (Tamaño "twin")
- 2 Toallas
- Artículos para el aseo personal (Jabón, shampoo, pasta de dientes, cepillo de dientes, cepillo para peinarse, desodorante, toallas sanitarias, bolsa para ropa sucia.)
- Repelente para los mosquitos
- Linterna
- Dinero en efectivo

### III. ACUERDO DE DISCIPLINA DE ESTRICTO CUMPLIMIENTO

1. Respetará y obedecerá al director y líderes del Encuentro.
2. Tratará con respeto y dignidad a todos los conferines del Encuentro.
3. Participará de toda la programación del Encuentro según el horario establecido (Cultos, conferencias, actividades recreativas, comidas... entre otras).
4. Respetará y observará las horas de descanso.

### IV. NO SE PERMITIRÁ

- El uso de celulares o cualquier equipo electrónico fuera de los horarios asignados para ese propósito.\* (Cada conferín es responsable de su celular o equipo electrónico)
- Salir fuera del campamento sin autorización.
- Transitar vehículos por las áreas del campamento.
- Quedarse en las casetas durante la programación.
- Aislarse del grupo en actividades no programadas.
- Conducta inapropiada, ya sea en el comportamiento, lenguaje, juegos bruscos, lanzarse objetos y ruidos que molesten a otros.
- Uso de drogas de toda naturaleza, bebidas alcohólicas, cigarrillos y sustancias dañinas a la moral y a la salud.
- Estar fuera de las casetas después de la hora asignada para dormir.
- Visitas de familiares, ni amigos durante el Encuentro.
- Uso de vestimenta inapropiada.

### V. AUTORIZACIÓN DE CONTROLES Y MEDIDAS DISCIPLINARIAS

Si un conferín violare cualquiera de estas reglas, será amonestado la primera vez. Pero si reincide en cualquiera de ellas, será devuelto a su hogar, sin derecho a devolución de cuotas pagadas. Lo segundo también aplica si encontramos que le ha faltado a la verdad en cualquiera de las partes de esta solicitud.

He leído estas reglas, controles y medidas y estoy de acuerdo con las mismas.

He leído y acepto conscientemente la aplicación de estas medidas disciplinarias.

Yo \_\_\_\_\_, procedente de la ICDC en \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo y certifico correcta la información antes expuesta.

De ser necesario, éstas son las personas autorizadas a buscar al conferín:

Nombre	Teléfono	Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Firma del conferín)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## VI. AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES Y CONDICIONES DE SALUD

Nombre y apellidos del conferín: \_\_\_\_\_

Condiciones de salud del conferín (Para ser llenado por el padre, madres o encargado)

Ha padecido de:

Sinusitis		Dolores de Cabeza		Mareos frecuentes	
Infecciones del Oído		Convulsiones		Asma	
Catarros frecuentes		Diabetes		Calambres	
Estreñimiento		Fiebre Reumática		Epilepsia	

Otros: \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_

¿Alguna enfermedad durante el último año? (Explique):

\_\_\_\_\_ ¿

Alguna recomendación específica?

\_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a algún alimento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Plan Médico \_\_\_\_\_ Número de Contrato \_\_\_\_\_

## VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO ABSOLUTO

Como padre, madre o persona encargado doy mi consentimiento para que participe de las actividades del Encuentro. Autorizo, además, al director y personal de enfermería del Encuentro a procurar el tratamiento médico de emergencia o requerido por ley cuando fuere necesario. En caso de procedimientos invasivos, quirúrgicos, operación, transfusiones de sangre, órdenes médicas o procedimientos médicos indispensables y necesarios para mantener y salvar la vida.

Certifico que las autorizaciones y consentimientos que aquí confiero las hago libre, concienzuda y voluntariamente reconociendo todas las implicaciones de un consentimiento informado.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o persona encargada

\_\_\_\_\_  
Fecha

**VIII. ENDOSO PASTORAL**

ICDC en \_\_\_\_\_  
Nombre del Pastor o Moderador

\_\_\_\_\_  
Número de teléfono Correo Electrónico

(De haber vacante pastoral, el moderador de la Junta de Oficiales será quien evalúe si el conferín cumple con los requisitos).

Marque con una **X** indicando que cumple con ese requisito.

- 1. Es miembro y líder de la congregación que endosa. \_\_\_\_\_
- 2. Tiene un buen testimonio y vive de forma consagrada ante Dios y con la iglesia. \_\_\_\_\_
- 3. Participa consistentemente de la programación de la iglesia. (Cultos, Escuela Bíblica, Confraternidades y otras actividades). \_\_\_\_\_
- 4. Demuestra interés genuino en la convivencia comunitaria de su congregación. \_\_\_\_\_
- 5. Trabaja efectivamente bajo la dirección de otros y puede adaptarse a nuevas situaciones. \_\_\_\_\_
- 6. Es respetuoso, puntual, responsable y tiene la disposición de aprender. \_\_\_\_\_

Doy fe de que \_\_\_\_\_ reúne los requisitos para asistir a este Encuentro.

\_\_\_\_\_  
Firma del Pastor o Moderador Fecha

\*\*\*\*\*

**IX. CERTIFICADO MÉDICO**

(El mismo debe ser completado por un médico)

Condición del corazón		Piel		Ojos	
Pulmones		Sinusitis		Oídos	
Pulso		Presión de la sangre		Dientes	
Garganta		Alergia		Temperatura	
Hernia		Migraña		Otro:	

Recomendaciones por algún padecimiento o dietas especiales para las comidas:

\_\_\_\_\_

He examinado físicamente al conferín \_\_\_\_\_ y certifico que está físicamente apto para participar del Encuentro.

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico Número de licencia Firma del médico