



*Por favor, llenar la aplicacion, firmarlo y depositar 25,000 colones que sera aplicado a u metricula.*

*Costa Rica Mission  
c/o Susan Williams  
4406 W. Leona St.  
Tampa, FL 33629  
USA*

## **Escuela de Misiones Las Palmas de Mamré**

### *Aplicacion de matricular*

**Información General**                      **Fechas de la escuela** \_\_\_\_\_

**Apellidos** \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ (chequea uno)  
M \_\_\_ F \_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Cuidad** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_

**País** \_\_\_\_\_ **Telefono #** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Correo electronico** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento.** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Nacionalidad** \_\_\_\_\_

**# de pasaporte o cedula** \_\_\_\_\_

**Persona para contactar en caso de emergencia**  
\_\_\_\_\_

**Relación de esta persona** \_\_\_\_\_ **# telefono de esta persona** \_\_\_\_\_

**Otra persona para contactar en caso de emergencias**  
\_\_\_\_\_

**# de teléfono** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## **Información General**

**Describa sus experiencias cuando se entregó a Cristo.**

---

---

---

**¿Qué significa para ti tener una vida cristiana?**

---

---

---

**¿Por qué tiene interes en la Escuela de Misiones?**

---

---

---

---

**Nombre de su iglesia local:**

---

**Nombre de su pastor** \_\_\_\_\_

**Dirección, teléfono y correo electrónico del pastor:**

---

---

---

**Firma del pastor o líder** \_\_\_\_\_

**¿Esta dispuesto arrastrarse en el lodo, comer arroz y frijoles, correr kilómetros antes que salga el sol, estudiar fuerte y seguir a Dios con todo su cuerpo, mente, y alma?**

\_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No (chequea uno)

**Firma del aplicante** \_\_\_\_\_ **fecha** \_\_\_\_\_



## Historia de Salud

La siguiente información es requisito para el beneficio del participante y será guardado en confianza. Será presentado solamente a la directora, u otras personas medicas de emergencia. Por favor conteste las preguntas y firme la autorización abajo:

Nombre de su Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono del Dr: \_\_\_\_\_

Fecha de su ultima vacuna de tétano \_\_\_\_\_

¿Tiene el participante?	en proceso	Si	No
¿Tiene vacuna de Hepatitis B?			
¿Tomando medicamentos?			
¿Tiene Alergias o reacciones a ciertos medicamentos?			
¿Tienemos permiso en casos necesarios dar medicamentos?			
¿Tiene problemas del corazón?			
¿Tiene epilepsia, convulsiones o paralisis?			
¿Tiene Diabetes?			
¿Tiene alguna enfermedad cronica?			
¿Ha tenido una seria de accidentes, incapacitaciones, u otras restricciones de actividades normales?			
¿Tiene enfermedades infecciones?			
¿Tiene restricciones de dieta?			
¿Tiene una historia de consejo o hospitalización psiquiatra?			

¿Tiene seguros de salud y accidente? \_\_\_Si \_\_\_No

Compania de seguros \_\_\_\_\_ # de póliza \_\_\_\_\_

De detalles si ha contestado (sí) a algunas de las preguntas, por favor explique aquí:

---



---



---

Cuando Firma abajo, confirma que la informacion aquí es la verdad y correcto.

La informacion arriba es correcto al mejor de mi intendmento. Si tratamiento es necessario en la descrecion de la junta de Palmas de Mamré, Yo doy permiso por taratamento autorizado y necesario.

**Firma X:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Convenio de soltar responsabilidad:**

*En el entrenamiento de la escuela de misiones con Palmas de Mamré , los participantes pueden estar involucrados en actividades que estén expuestas al cambio de condiciones del tiempo, ambientes severos, mucho lodo, culebras, monos, murciélagos, cocodrilos, jaguares y el uso de una variedad de equipo incluyendo caballos, machetes, instrumentos de cirugía y café caliente. Todas las actividades requieren completa atención y mucha responsabilidad del participante, ya sea individual o siendo parte del grupo. Muchas de estas actividades incluyen riesgos inherentes. Fimar abajo, es afirmar que está de acuerdo en asumir sus propias responsabilidades, ya sea pérdida de objetos personales o accidentes que le ocurran al participante en la propiedad o en relación con las actividades del programa.*

Firma x \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

