**FORMADORES MEXICANOS, A.C. y/o SECCIÓN DE JÓVENES DEL REGNUM CHRISTI**

C. Administrador Único de Formadores Mexicanos, A.C.

P R E S E N T E.

a \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 2024.

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ deseo participar en el **NOMBRE DEL EVENTO O ACTIVIDAD** que se llevará a cabo del día **FECHA** , en las instalaciones **O DIRECCION.**

De igual forma expreso mi deseo de participar en las diversas **actividades ordinarias y extraordinarias** establecidas en el programa o anexo del EVENTO O ACTIVIDAD, tales como: talleres, conferencias, conciertos, actividades lúdicas, actividades deportivas, diálogo de formación, atención personal, acompañamiento y cualquier otra prevista en el programa O ANEXO DEL EVENTO O ACTIVIDAD

Con la finalidad de llevar a cabo las actividades en el programa del encuentro, estoy consciente que podré **entrevistarme** con cualquiera de las personas que colaboran en EL EVENTO O ACTIVIDAD**.** Estoy de acuerdo en ser **contactado(a) por todos los medios disponibles de comunicación** para las diversas actividades que me permitan crecer en mí formación personal.

Asimismo, me comprometo a acatar todas **las medidas sanitarias** que me sean informadas para la asistencia a las actividades y a cumplir con ellas.

Autorizó a los responsables del EVENTO O ACTIVIDAD para que **en caso de emergencia** por algún accidente físico y/o enfermedad que pudiera sufrir, se me preste a la atención médica y/o se me suministren los medicamentos que requiera a juicio del (de los) responsable(s), en caso de que yo no esté en condiciones de hacerlo. Manifiesto que no tengo ningún impedimento físico o psicológico para participar en dicha actividad (en caso contrario especificaré las atenciones médicas que requiera). Asimismo, manifestó que **[ ]si cuento** / **[ ]no cuento** con un seguro de gastos médicos mayores (en su caso especificar y señalar el número de póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Así mismo, estoy consciente que, para la presente actividad, Formadores Mexicanos, A.C. y/o Sección de Jóvenes del Regnum Christi, **no cuenta con seguro de gastos médicos mayores**, por lo que confirmo que, ante cualquier accidente y eventualidad, tendrá que ser **cubierto por mi seguro de gastos personal. \*SI NO TIENEN SEGURO PARA LA ACTIVIDAD**

Autorizo a Formadores Mexicanos, A.C. y/o al **nombre del evento o actividad** para el uso o **reproducción de uno o varios videos** institucionales, así como **fotografías** o grabaciones de la voz de mi persona, en el entendido de que dichos videos, fotografías o grabaciones podrán ser publicadas en los sitios web de la organización, asumiendo que dichas plataformas, tienen alcances nacionales e internacionales.

Asimismo, estoy de acuerdo en que los videos, fotografías o grabaciones a que se refiere el párrafo anterior, podrán reproducirse, publicarse y/o difundirse a través de cualquier medio impreso o electrónico, consintiendo expresamente sobre el carácter público que tendrán.

Reconozco expresamente que tales videos institucionales, fotografías o grabaciones no constituyen por parte de Formadores Mexicanos, A.C. injerencias arbitrarias o ilegales en la vida privada, familia, domicilio o correspondencia, tampoco realizará divulgaciones o difusiones ilícitas de información o datos personales, incluyendo aquélla que tenga carácter informativo a la opinión pública o de noticia que permita identificarlos y que atenten contra su honra, imagen o reputación. Lo anterior en absoluto respeto a la intimidad personal y familiar, y a la protección de mis datos personales, en los términos de la ley aplicable.

Autorizo a los responsables del NOMBRE O EVENTO DE LA ACTIVIDAD para que en caso de que yo no cumpla con los **requisitos disciplinarios** que deba observar durante mi participación en el programa del encuentro, podrá pedírseme que deje de participar en alguna(s) de las actividades planeadas o ser expulsado del evento si los responsables del Encuentro consideran que la situación o mi conducta generada, ha sido grave. Siempre y cuando se me informe de dichas conductas. Lo anterior, sin ninguna responsabilidad de parte de la Sociedad y/o del (de los) responsable(s) del **EVENTO O NOMBRE DE LA ACTIVIDAD**

Deslindo desde este momento a Formadores Mexicanos, A.C. y/o sus representantes, a Legionarios de Cristo, A.R. y/o Consagradas del RC y/o Laicos Consagrados del RC, sus representantes, así como a los responsable(s) del **EVENTO O NOMBRE DE LA ACTIVIDAD** descrita en el párrafo primero de cualquier responsabilidad civil o penal por algún accidente o enfermedad que pudiera sufrir.

**NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FICHA MÉDICA**

**I.- INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Colegio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la madre o tutora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. Of. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II.-DATOS DE SALUD:**

1. Tipo de sangre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Nombre y teléfono del médico familiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Padecimientos en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Enfermedades crónicas que sufre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Medicamentos que toma para el control de enfermedad crónica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Adjuntar prescripción médica del medicamento en original e instructivo para su administración.

7. Alergias que sufre el alumno y medicamento que deberá administrarse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Medicamentos que pueden administrarse para padecimientos leves y repentinos tales como dolor de cabeza y diarrea: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Primera persona a la que debe darse aviso en caso de accidente o enfermedad repentina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Hospital al que debe trasladarse en caso de emergencia (en la inteligencia de que, si se trata de un caso en el que esté en riesgo la vida, se trasladará al hospital más cercano): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_