Church Dcn
DIOS CON NOSOTROS

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Encuentro de Hombres

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____ Estado Civil: _____

Iglesia a la que asiste (si aplica): _____

Dirección: _____

_____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Teléfono Principal: _____

Teléfono Secundario: _____

Correo Electrónico: _____

Persona de Contacto en Caso de Emergencia: _____

Teléfono de Emergencia: _____

Parentesco: _____

Observaciones: _____

_____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, _____, libero y eximo de toda responsabilidad a Dios Con Nosotros Church (DCN Church), Dios Con Nosotros Corp., sus pastores, líderes, servidores y voluntarios, por cualquier accidente, lesión, enfermedad o situación imprevista que pudiera ocurrir durante mi participación en el Encuentro de Hombres, siempre que no exista negligencia comprobada por parte de la organización.

Asimismo, autorizo a los líderes responsables a tomar las decisiones necesarias para proteger mi bienestar en caso de una emergencia médica, cuando no sea posible comunicarse inmediatamente con mis familiares o persona de contacto.

Declaro que participo de manera voluntaria y que la información suministrada en este formulario es verdadera.

_____ _____

Firma del Participante Fecha

CONTACTO DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Contacto de Emergencia: _____

Teléfono: _____

Parentesco: _____

Médico Tratante: _____

Teléfono del Médico: _____

Compañía de Seguro Médico: _____

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

MARQUE SI APLICA:

- ☐ Alergias
- ☐ Asma
- ☐ Sinusitis
- ☐ Alergia a Penicilina
- ☐ Alergia a Insectos
- ☐ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☐ Embarazo
- ☐ Medicamentos actuales
- ☐ Otra condición médica: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

En caso de presentarse una emergencia médica durante el Encuentro de Hombres o durante el traslado hacia o desde el lugar del evento, y nosea posible localizar a mi contacto de emergencia, autorizo a los líderes responsables a gestionar la atención médica necesaria, incluyendo el traslado a un centro asistencial, la evaluación médica y los tratamientos que el personal médico considere apropiados para preservar mi salud e integridad.

Hombres de fe, unidos en propósito, fortalecidos en Cristo.

†

Church Dcn
DIOS CON NOSOTROS

ENCUENTRO DE HOMBRES

FICHA MÉDICA

Por favor conteste las siguientes preguntas:

Pregunta	Sí	No	Observaciones
Padece enfermedades neurológicas?			
Padece enfermedades psicológicas?			
Ha estado recluido en una Clínica de Reposo Mental? ¿Cuándo?			
Padece enfermedades Infectocontagiosas (VIH, Tuberculosis, etc.)?			
Tiene dificultades para Valerse por sí Mismo?			
Intervenciones quirúrgicas pendientes?			
Intervenciones quirúrgicas recientes?			
Tiene alguna restricción médica (horarios, lugares, altura, medicamentos, actividades, alimentos, etc.)?			
Se encuentra en Embarazo? ¿Tiempo?			
Ha sido declinado, aplazado, rechazado o vencido en juicios por alguna aseguradora a nivel nacional o internacional?			
Existe alguna aclaración adicional de su estado de salud, patologías, enfermedades de contagio o situaciones de cualquier índole que pongan en riesgo su vida o la de los acompañantes al encuentro? Explique.			

En caso de haber contestado "sí" a una o más preguntas, favor anexar la autorización del profesional tratante sobre el desplazamiento al encuentro, donde se especifique claramente la posibilidad de estar en clima frío y sitios apartados de la ciudad, capacidad de estar en pie y quieto en la jornada de conferencias, o situaciones especiales que se deban tener en cuenta, con su dirección, teléfono y tipo de medicamento recibido.

Un encuentro con Dios lo cambia todo

ENCUENTRO DE HOMBRES

2026

Un encuentro con Dios

LO CAMBIA TODO

DcnChurch
DIOS CON NOSOTROS

INFORMACIÓN GENERAL

REQUISITOS DEL ENCUENTRO

1. Ser mayor de edad en pleno uso de su capacidad mental.
2. Total disposición y deseo de cambio.
3. Si es menor de edad, debe tener la autorización de sus padres y/o acudientes.
4. Diligenciar y firmar completamente la ficha de inscripción.
5. Realizar la inscripción oportunamente.
6. Realizar la respectiva donación en efectivo, transferencia electrónica o mediante consignación bancaria con sus respectivos soportes.
7. En caso de requerirse, debe aportar los soportes y autorizaciones médicas solicitadas por DCN.
8. Contar con la aprobación de admisión por parte de DCN, quien se reserva el derecho de admisión.

DEBE LLEVAR

- Libreta, bolígrafo y Biblia.
- Elementos de aseo personal (toalla, jabón, crema dental, etc.).
- Cobijas y sábanas, almohada.
- Ropa cómoda (incluya un juego de prendas adicionales, pantaloneta, camiseta, traje de baño, etc.).

INCLUYE:

- Lugar de encuentro.
- Alojamiento.
- Alimentación en el lugar de encuentro.
- Conferencias y Ministraciones.

HORARIOS

HORA DE SALIDA:
Sábado a las 8:00 A.M.
desde la sede de la Iglesia

HORA DE REGRESO:
Domingo a las 7:00 P.M.
a la sede de la Iglesia

SOLO PARA HOMBRES

Mejores de fe, unidos en propósito, fortalecidos en Cristo.



9044 NW 25th St
Doral, FL 33172

(305) 599-5727

info@godskidscenter.com

www.godskidscenter.com