

Datos Personales del Alumno

Nombre:

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Datos Personales de Padres o Tutores

Nombre del
Padre o Tutor:

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Dirección:

calle y número

ciudad / estado / código postal

Celular / WhatsApp:

Correo Electrónico:

Nombre del
Madre o Tutor:

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Dirección:

calle y número

ciudad / estado / código postal

Celular / WhatsApp:

Correo Electrónico:

Consentimiento a Actividades

Por medio de este conducto hago de su conocimiento que apruebo ampliamente el que nuestro(a) hijo(a) ingrese al Instituto Epicentro y que participe en todas las actividades que incluye el Plan de Estudios y los viajes misioneros. Es nuestro deseo apoyarlo(a) en el área espiritual y material como nos sea posible.

Fecha:

Firma:

Responsable en Caso de Accidente

Instituto Epicentro no se hace responsable del fallecimiento, accidente o enfermedad adquirida antes, durante o después de la estancia del estudiante en el Instituto, incluso contagios de COVID-19.

Entiendo y asumo responsabilidad para el alumno en el caso de accidentes.

Fecha:

Firma:

Afirmación de Seguros Médicos

En vista de que Instituto Epicentro no se hace responsable de ninguna enfermedad adquirida o accidente ocurrido, antes, durante o después de la estancia del estudiante en el Instituto, recomendamos considerar seriamente la necesidad de contar con un SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES, ya sea privado o público.

¿El solicitante cuenta con seguro de gastos médicos que cubra accidentes y enfermedades?

 Sí
 No

¿De qué compañía?

¿De qué Dpo?:

Vigencia:

día mes año

Fecha:

Firma:

Afirmación de Salud

Yo, declaro que la información que se ha dado en el formato en la Historia Médica y Registro de Examen Físico es verídico y asumo la responsabilidad de cualquier situación de salud integral de mi hijo(a).

Fecha:

Firma:

Contacto de Emergencia

En caso de emergencia ¿a quién(es) debemos notificar? (Si es la misma información que puso usted en la sección de contacto de padres o tutores, solo proporciona el nombre del contacto, por favor.)

Nombre:

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Dirección:

calle y número

ciudad / estado / código postal

Celular / WhatsApp:

Correo Electrónico:

Contacto del Médico Familiar (opcional)

apellido paterno

apellido materno

nombre(s)

Dirección:

calle y número

ciudad / estado / código postal

Celular / WhatsApp:

Correo Electrónico:

Consentimiento Decisiones de Tratamiento

En casos de emergencias, y no me pueden contactar, doy mi consentimiento al staff de Instituto Epicentro y Amistad de Monterrey para tomar decisiones en cuanto a la salud y tratamiento médico del alumno.

Fecha:

Firma:

Consentimiento a Reglamento de Epicentro

He leído el reglamento y doy mi consentimiento que el alumno se sujetará al código de vestimenta y comportamiento del Instituto, comprendiendo el proceso disciplinario, del cual me hago responsable de los gastos de transportación derivados de la expulsión del alumno.

Fecha:

Firma:

Responsable de Apoyo Económico

¿Cómo planea financiar sus estudios? (Congregación, familia, amigos, personalmente)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%

De acuerdo a lo anterior, me comprometo a cubrir los gastos de financiamiento durante los estudios del alumno en Instituto Epicentro para lo cual acepto todas las condiciones de pago del mismo instituto.

Fecha:

Firma: