



KING'S KIDS

PUERTO RICO

Un Ministerio de Juventud Con Una Misión

P.O. Box 116, Juncos, Puerto Rico 00777

Tel. (787) 734-4788 / Fax (787) 734-2788 E-mail: kingskidspr@gmail.com

NIKO

Apreciado (a) Solicitante:

Estamos muy contentos de saber de tu interés en participar de 5 días de sobrevivencia en NIKO, auspiciado por King's Kids de PR., un ministerio de Juventud Con Una Misión. El mismo se llevará a cabo del **26 al 31 de julio del 2013**.

Nosotros como "staff" estamos convencidos de que la gente joven juega un papel muy importante en el cumplimiento del plan de Dios para éste siglo. Estamos en busca de jóvenes y adolescentes que genuinamente quieren conocer mejor a Dios y que le amen de todo corazón.

Este no es un tiempo de diversión ni de entretenimiento. NIKO está dirigido a que desarrolles carácter cristiano, llegues a conocer a Dios íntimamente para darlo a conocer a otros y te llegues a conocer mejor a ti mismo. Para poder lograr nuestros objetivos contamos con un horario intenso. Se levantan bien temprano y cada hora del día esta programada.

Te estamos enviando la Solicitud de Participación para que la completes lo antes posible y la devuelvas a la dirección arriba indicada. Los siguientes formularios forman parte de la solicitud:

- 1- Historial de Salud
- 2- Examen Médico
- 3- Consentimiento del Padre/Madre ó Encargado

El procedimiento consta de los siguientes pasos:

1^o Somete tu solicitud con el Historial de Salud y el Consentimiento. No envíes tu solicitud sin los formularios llenos, porque estará incompleta y no será considerada.

2^o una vez recibas la notificación de aceptación es necesario que envíes \$ 50.00 dólares de depósito, lo cual representa un adelanto del costo total de la actividad que es de **\$195.00** dólares.

Se dará comienzo el viernes, **26 de julio** a las 6:00p.m. Son cinco días de desafío, muy intenso, dedicados a la enseñanza espiritual, a desarrollar destrezas en la toma de decisiones, a trabajar en equipo y servir a otros.

Esperamos escuchar de ti en los próximos días. Dios te bendiga.

En su servicio,

Irving Pérez

Junta de Directores, YWAM PR

INFORMACION PERSONAL

FOTO 2 X 2

Nombre _____ Sexo _____
Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

Dirección Postal _____

Teléfono () _____ () _____ País Código Postal
Residencia Celular E-mail: _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____ Edad _____
Día / mes / año Pueblo País

País de Ciudadanía _____ Cédula Núm. _____ País _____

Núm. Pasaporte _____ Expedido en _____ Fecha expiración _____

Estado Civil: Soltero Comprometido Casado Divorciado

Talla de T'shirt/Polo de niño: __8-10 __10-12 __14-16 de adulto: __S __M __L __XL

PERSONAL

JuCUM opera como una familia. Por tal motivo no permitimos relaciones entre niño-niña, joven-señorita o grupitos.
¿Aceptas el criterio de los líderes en esta área? Si No

JuCUM se reserva el derecho de admisión de no cumplir con los requisitos antes mencionados. Prohibimos traer beepers y / o celulares al adiestramiento.

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR A:

Nombre _____ Parentesco _____
Nombre Apellido

Dirección : _____

Teléfono () _____ () _____ País Código Postal
Residencia Celular Trabajo

INFORMACION DE SU IGLESIA

Iglesia a la que pertenece _____

Dirección _____

Nombre del Pastor _____ Teléfono _____

¿Cuánto tiempo hace que asiste a esa iglesia? _____

EDUCACION

Grado _____ Escuela _____ Teléfono _____

Principal de Escuela _____ ¿Qué idiomas hablas? _____

Habilidades y Talentos: __música __baile __teatro __deportes __primeros auxilios __otros _____

EXPERIENCIA PREVIA CON JUCUM Ó KING'S KIDS

¿Ha participado en algún viaje misionero o algún programa de adiestramiento ofrecido por JuCUM ó King's Kids?

____Sí ____No Específique: Niko____ DTS ____ Adiest. King's Kids ____ ¿Qué año? _____

¿Dónde? _____ Nombre del líder: _____

¿Cómo conociste de este adiestramiento? ¿Quién te refiere? _____

AUTO EVALUACIÓN

Nos gustaría saber cómo piensas de ti mismo. Eres:

conversador / franco amigable / extrovertido excesivamente callado tímido / simpático solitario

Cuando te levantas por las mañanas, la mayoría de los días estás:

con mucha energía contento humor variable irritable (mal humor) gruñón

Si tu mamá te pide hacer algo, generalmente:

lo haces y preguntas si hay algo más que hacer; lo haces enseguida dices lo haré, pero lo olvidas

terminas lo que estás haciendo y luego vas preguntas: ¿porqué tengo que ser yo?

Generalmente mantienes tu cuarto:

inmaculado limpio, pero cómodo moderadamente desordenado zona de desastre

Si algo que tú esperabas no sucede, ¿qué haces?

Te sientes mal por mucho tiempo Pretendes que no te importa te enojas, pero se te pasa rápido te quejas

Si pudieras cambiar algo en tu vida, ¿qué cambiarías? ¿Por qué?

Historial De Salud

(A ser cumplimentado por el solicitante)

Nombre: _____

Peso: _____ Estatura : _____

Nombre Médico Primario : _____ Teléfono : _____

Plan Médico Primario : _____ Número de contrato: _____

Favor de marcar **Si** o **No** a las siguientes preguntas. Sus contestaciones serán estrictamente confidenciales.

1- ¿Se encuentra en buena salud? Si No

2- ¿Está bajo tratamiento médico? Si No

Si es afirmativo, especifique condición y tratamiento _____

3- ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades? Haga una marca de cotejo (✓)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Válvulas artificiales, válvulas defectuosas | <input type="checkbox"/> Se orina en la cama |
| <input type="checkbox"/> Soplo, defectos congénitos del corazón | <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (ataques, presión alta, coronarias) | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho cuando se ejercita | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Se queda corto de respiración | <input type="checkbox"/> Hepatitis ¿Cuál? : _____ |
| <input type="checkbox"/> Utiliza marcapaso artificial | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Alergias; Explique : _____ | <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Problemas en los riñones | <input type="checkbox"/> Mareos |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hipoglicemia |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Dolores abdominales |
| <input type="checkbox"/> Sangra o se le forman moretones | <input type="checkbox"/> Dieta especial ¿cuál? _____ |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Se fatiga cuando se ejercita |

4- ¿Utiliza algunos de los siguientes?

Zapatos especiales Ayuda auditiva Otros : _____

5- ¿Hace ejercicios? Sí No ¿Cuál? : _____ ¿Cuántas horas al día? _____

6- ¿Está tomando alguno de los siguientes medicamentos? Haga una marca de cotejo (✓)

Antibiótico Tranquilizantes Medicinas para la presión

Cortisona Aspirina Insulina

Otros : _____

7- ¿Es alérgico a los siguientes medicamentos? (Haga una marca de cotejo)

Insulina Aspirina Codeína Penicilina

Antibióticos especifique : _____ Otros: _____

8- Tipo de sangre : _____

9- Si es mujer : ¿Estás embarazada? Sí No ¿Tiene problemas con su ciclo menstrual? Sí No

¿Toma pastillas anticonceptivas? Sí No ¿Toma medicamento para el dolor menstrual? Sí No

Especifique: _____

10- ¿Tiene alguna condición médica no especificada anteriormente y que requiera evaluación médica frecuente?

Sí No Explique _____

Certifico que esta información es correcta. La misma será utilizada para mi propio beneficio en estricta confidencialidad por el personal asignado a tales propósitos. En caso de error u omisión de la información suministrada por mi en esta solicitud, no responsabilizaré a JuCUM ni a su personal por cualquier reacción física, daño físico ocurrido o acción disciplinaria que sea necesario tomar. JuCUM se reserva el derecho de admisión o suspensión de no cumplir con los requisitos antes mencionados.

Firma del participante / fecha

Firma de los Padres y/o Encargados / fecha

DATOS DE FAMILIA

Las siguientes preguntas se hacen con el único propósito de conocerte. No pretenden evaluarte para fines de aceptación. Te pedimos que seas completamente honesto y sincero.

1. ¿Vives con ambos padres? Si No

Si la respuesta es **No**, explique por favor: _____

2. ¿Cómo te llevas con las siguientes personas?

	muy bien	bien	regular	mal
padre				
madre				
hermanos				

3. Si pudieras cambiar algo en tu relación con tus padres, ¿qué cambiarías? _____

4. Nombre de tu papá: _____ Ocupación: _____

Nombre de tu mamá: _____ Ocupación: _____

MI RELACIÓN CON DIOS

¿Has invitado a Cristo a morar en tu corazón? Si No

¿Cómo y cuándo? _____

Si pudieras cambiar algo en tu relación con Dios, ¿Que cambiarías? _____

EXAMEN MEDICO

A ser cumplimentado por el Médico

_____ ha solicitado participar en un adiestramiento
 Nombre del solicitante
 de Juventud Con Una Misión, que conlleva un horario y actividades intensas por lo cual se requiere buena salud. Esta evaluación será tomada en cuenta para su aceptación dada la naturaleza de la intensidad de actividades.

	Normal	Anormal	Explique
Cabeza			
Oidos			
Nariz			
Garganta			
Cuello			
Torax			
Cardiovascular			
Pulmones			
Abdomen			
Genito-Urinario			
Músculo esquelético			
Neurológico			
Piel			

¿Sufre alguna enfermedad contagiosa? _____

¿Está tomando algún medicamento? ¿Cuál? ¿Para qué condición? _____

¿Está en capacidad de caminar de ocho a once millas diarias? [] SI [] NO

Nombre del Médico _____ Lic.# _____

Firma y sello del Médico _____

Dirección y teléfono del Médico _____ Tel. _____

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/ MADRE
MENORES DE 21 AÑOS**

CONSENTIMIENTO Y ACUERDO

Yo/Nosotros otorgamos autorización a mi/nuestro hijo(a) _____ para participar en el adiestramiento de King's Kids auspiciado por Juventud Con Una Misión. Entendemos que su participación es voluntaria y que cuenta con la condición física necesaria para someterse a la actividad y horario intenso que conllevan tal adiestramiento. Por la presente relevo a JuCUM, sus oficiales, servidores, asistentes y sus instituciones de cualquier responsabilidad legal que pudiese resultar como consecuencia de accidente, daño, herida o pérdida que le ocurra a mi hijo/a durante el transcurso de su asistencia o participación en el adiestramiento con JuCUM. No voy/vamos a responsabilizar a JuCUM, P.R. por pérdidas, robo o daño a sus pertenencias en el alojamiento provisto por JuCUM. Quedamos de igual forma informados que JuCUM Puerto Rico, informará a las autoridades gubernamentales aquellos eventos donde exista o se sospeche que existe una situación de maltrato y/o negligencia conforme a la Ley sobre Protección y Bienestar Integral de la Niñez.

Firma de Padre y/o Encargado

___/___/___
día mes año

Firma de Madre y/o Encargado

___/___/___
día mes año

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo/Nosotros autorizamos tratamiento médico, y/u operación y/o aplicación de anestesia para nuestro hijo/a, _____ en caso de ser necesario y en opinión del Médico que intervenga con el/ella. Yo/Nosotros, por este medio autorizamos a los líderes de King's Kids/Juventud Con Una Misión de Puerto Rico, Lysette Ruiz y/o Yarley Niño, o al funcionario pertinente de esa organización a tomar cualquier decisión médica en representación nuestra, a su mejor discreción, mientras mi hijo/a participa de las actividades del adiestramiento de King's Kids de P.R. un ministerio de Juventud Con Una Misión.

Padre(s) y/o _____
Encargado: Nombre

Nombre

Firma Padre o Encargado

Firma Madre o Encargada

___/___/___
día mes año
___/___/___
día mes año

CONSENTIMIENTO PARA DISCIPLINA

Si mi hijo(a) _____ violara los estándares de compromiso de Juventud Con Una Misión al punto que la corrección mediante la disciplina fuera necesaria, yo/nosotros por este medio autorizamos al liderato y staff de King's Kids y/o Juventud Con Una Misión a administrar la disciplina que estimen apropiada. Yo/ Nosotros autorizamos al liderato antes mencionado a llamarnos por teléfono con cargos revertidos (collect), para determinar algún otro paso de disciplina que se estime necesario. Y si no se percibe un cambio claro en su forma de responder a la disciplina, estoy/ estamos autorizando al liderato que de ser necesario se envíe de regreso a mi hijo(a) al hogar, sin derecho a reembolso alguno del costo del adiestramiento.

Padre(s) y/o _____
Encargado: _____
Firma Padre o Encargado
(Con custodia legal)

Firma Madre o Encargada
(Con custodia legal)

___/___/___
día mes año

**FORMULARIO DE AUTORIZACION DEL PADRE/ MADRE
MENORES DE 21 AÑOS**

AUTORIZACIÓN PARA VIDEO Y FOTOS

Yo/Nosotros autorizamos a Juventud Con Una Misión y a King's Kids de Puerto Rico a hacer tomas de:

___ **Video** y de ___ **Fotos**

a mi hijo(a) _____. Estos serán editados con el fin de guardar un recuerdo y poder ser vendido a los Padres y familiares de los participantes del Adiestramiento NIKO.

Padre(s) y/o _____	_____	___/___/___
Encargado: Nombre	Firma Padre o Encargado	día mes año
_____	_____	___/___/___
Nombre	Firma Madre o Encargada	día mes año

AUTORIZACIÓN A RECOGER A MI HIJO(A) POR PERSONA PARTICULAR

Yo/ Nosotros autorizamos a _____ quien es: ___abuelo(a), ___familiar, ___amigo de la familia a recoger a nuestro hijo(a) _____ el día _____ en representación nuestra.

Asumimos como padres total responsabilidad y eximimos a JUCUM y King's Kids de P.R. de cualquier responsabilidad.

Padre(s) y/o Encargado: _____	_____	___/___/___
Firma Padre o Encargado (Con custodia legal)	Firma Madre o Encargada (Con custodia legal)	día mes año