

RESPONSIVA de MAYORES de EDAD
FICHA MÉDICA

FORMADORES MEXICANOS, A.C. y/o ECYD
C. Administrador Único de Formadores Mexicanos, A.C.
P R E S E N T E.

_____, a ____ de _____ del 202____

Por medio de la presente, yo

deseo participar en el campamento **YIÓS camp** que se llevará a cabo del día **22 de Julio de 2026 al día 27 de Julio de 2026**, en las instalaciones de **CASA LAGO Sede de la CEM** ubicadas en **San Benito 9, Lago de Guadalupe, 54760 Cuautitlán Izcalli, Estado de México**.

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

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 **YIÓS camp**. Estoy de acuerdo en ser contactado(a) por todos los medios disponibles de comunicación para las diversas actividades que me permitan crecer en mi 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.

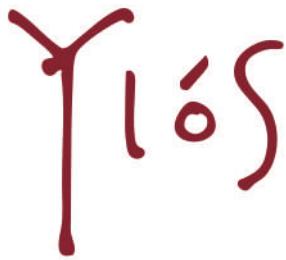
Autorizo a los responsables de **YIÓS camp** para que, en caso de emergencia médica derivada de un accidente o enfermedad, se me brinde la atención necesaria y se realicen las acciones correspondientes mientras puedo decidir o contactar a un familiar. Manifiesto que no tengo impedimento físico o psicológico para participar en esta actividad; en caso contrario, especificaré las atenciones médicas que requiera.

Asimismo, manifiesto que:

sí cuento no cuento con seguro de gastos médicos mayores en su caso, indicar aseguradora y número de póliza:

ASEGURADORA _____

Número de Póliza _____



Asimismo, estoy consciente de que, para la presente actividad, **Formadores Mexicanos, A.C.** y/o la Sección de Jóvenes del Regnum Christi no cuentan con un seguro de gastos médicos mayores para los participantes, por lo que reconozco que cualquier gasto médico que se genere deberá ser cubierto por mi seguro personal o por mí, según corresponda.

Autorizo el uso de mi imagen, voz y nombre para fines institucionales de **YIÓS camp** y **Formadores Mexicanos, A.C.**:

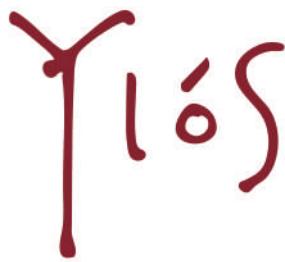
Sí autorizo **No autorizo**

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 respeta 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 de **YIÓS camp** para que, en caso de incumplimiento de las normas de convivencia o disciplina, se me solicite dejar de participar en alguna actividad o, en casos graves, se determine mi expulsión del evento, informándome previamente de la causa. En caso de expulsión, acepto que no habrá reembolso de cuotas ni gastos derivados, sin que ello implique responsabilidad para la organización

Reconozco que **Formadores Mexicanos, A.C.**, sus representantes y colaboradores no serán responsables por accidentes o enfermedades que pudieran ocurrir durante la actividad, salvo en los casos previstos por la ley o cuando exista dolo o negligencia grave.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE



INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____ Edad: _____

Colegio /Universidad _____ Grado _____ Grupo: _____

Nombre del parent o tutor

Celular _____

Nombre de la madre o tutora

Celular _____

Domicilio:

Teléfono de casa: _____ Teléfono Oficina: _____

Otro contacto en caso de emergencia

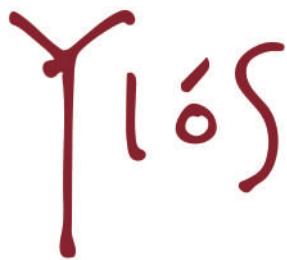
Relación _____ Celular _____

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 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):

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____