

Formato de registro

Este formulario deberá ser llenado a mano, utilizando tinta azul o negra. La información proporcionada será empleada únicamente con fines administrativos y específicamente para el programa de afiliación. Bajo ninguna circunstancia se utilizará con propósitos distintos a los establecidos en los términos y condiciones del programa. Al completar este documento, el solicitante acepta y reconoce dichos términos.

_____ Apellido paterno	_____ Apellido materno	_____ Nombre	_____ Edad
_____ Ocupación	_____ Estado civil	_____ Último grado de estudios	_____ Lugar de residencia
_____ Número telefónico	_____ ¿Tiene WhatsApp?	_____ Correo electrónico	_____ ¿Cómo nos conociste?
_____ Contacto de emergencia	_____ Número telefónico de contacto de emergencia	_____ Tipo de sangre	_____ ¿Alergias?

Declaro, bajo protesta de decir verdad, que la información proporcionada en el presente formato es verídica, completa y corresponde a mi persona. Estoy consciente de que cualquier falsedad u omisión podrá derivar en la cancelación de mi afiliación.

Nombre y firma del afiliado