

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