

# FORMULARIO DE MATRICULA



1er Apellido		2do Apellido		Nombre	
Dirección/Apartado					
Ciudad		Estado/ Provincia	País		Código Postal
Teléfono		Fax	E-mail		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)
			<input type="checkbox"/> Viudo(a)		
Fecha de Nacimiento / /			Ciudadanía		
Grado académico					
¿Para cuándo está matriculando? (si es por año completo, favor marcar cuál es el periodo inicial)					
<input type="checkbox"/> Marzo - Junio	<input type="checkbox"/> Setiembre - Diciembre	<input type="checkbox"/> Año completo	Año en el que inicia <input type="text"/>		
¿Ocupación o profesión?					
¿Ha matriculado a otra escuela o institución durante este mismo periodo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Si su respuesta es afirmativa, indicar cuál.					
¿Cómo supo acerca de Portantorchas?					
<input type="checkbox"/> Estudiante anterior	<input type="checkbox"/> Miembro del staff	<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Iglesia	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Web
					<input type="checkbox"/> Otro

## PARA USO DE LA OFICINA

Fecha Recibido					
<input type="checkbox"/> Cuota de matrícula	<input type="checkbox"/> Certificación de Notas	<input type="checkbox"/> Depósito de Garantía	<input type="checkbox"/> Referencias		
Fecha de aceptación			Fecha de notificación		
Fecha de recepción del depósito					
Comentarios					



# INFORMACION GENERAL



Lo siguiente se ocupa para considerar su matrícula:

1. Formulario de matrícula.
2. Foto (tamaño pasaporte).
3. Copia de su diploma de secundaria o el último diploma obtenido.
4. Referencias (2).
5. Cuota de matrícula ( \_\_\_ ).

Nota: Si no ha completado la educación secundaria, su trámite de matrícula será procesado y se le enviará la notificación de ingreso asumiendo que se graduará. Debe enviar una copia de su diploma de graduación tan pronto como lo reciba.

## CONDICIONES DE MATRICULA

- Todos los estudiantes deben dedicarse a sus estudios y clases.
- Todas las clases son obligatorias y los estudiantes deben cumplir con el horario previamente determinado. La puntualidad y cooperación son indispensables.
- Los estudiantes deben completar el semestre en el cual se matricularon. El Director se reserva el derecho de finalizar los estudios de cualquier estudiante que no trabaje satisfactoriamente.
- Cada estudiante debe ayudar con los haberes domésticos. Habrá un día por semana dedicado al mantenimiento de la propiedad.
- Los estudiantes deben mantener una apariencia limpia y ordenada en todo momento.
- El uso de cualquier bebida alcohólica, drogas o cigarillos está totalmente prohibido.
- Cada estudiante debe estar cubierto por su propio seguro médico. PORTANTORCHAS no se hace responsable de los gastos médicos de un estudiante.
- Los estudiantes son responsables de financiar sus estudios y sus gastos mientras estén en Portantorchas.
- Estudiantes internacionales deben entender que son huéspedes en otro país. Como tales deben ajustarse debidamente a las normas culturales de Costa Rica.
- Los estudiantes deben de cumplir con las reglas y regulaciones específicas de PORTANTORCHAS.

## ACUERDO DE MATRICULA

La información que he brindado está correcta a mi saber. Comprendo y estoy de acuerdo con las condiciones de matrícula. Aceptaré las decisiones del Rector con respecto a mis estudios y me someteré a la disciplina de PORTANTORCHAS.

---

Firma

---

Fecha



# FORMULA DE SALUD Y SEGUROS PARA MATRICULA

(Por favor escriba claro)



## INFORMACION PERSONAL:

Nombre completo:
# de Cédula o Identificación:
Dirección Postal:
Teléfono del Domicilio:
Fax u otro teléfono:
Fecha de Nacimiento:
Edad en el momento de ingreso a Costa Rica:
Lugar de Nacimiento:
Nacionalidad:
Número de pasaporte:
Altura:                      Peso:                      Cabello:                      Ojos:
Sexo:

### Persona a contactar en caso de emergencia:

Nombre:
Teléfono del domicilio:
Relación:
Nombre del médico:
Teléfono del médico:

## HOJA MEDICA COMPLETA

Por favor complete el siguiente historial médico. Por favor incluya todos los detalles. Use una hoja de papel adicional si fuera necesario.

¿Padece, ha padecido, algún miembro de su familia padece o ha padecido de los siguientes síntomas o condiciones?

1. Mareo, pérdida del conocimiento, dolores de cabeza recurrentes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	16. Uso continuo de alcohol, drogas o medicamentos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Síntomas en ojos, oídos, nariz, sinusitis	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	17. ¿Usted fuma? / <input type="checkbox"/> paquetes al día	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Impedimento en la vista, oído, habla	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	18. ¿Toma usted alcohol? Si es así, ¿Cuánto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Tos crónica, tos con sangre, tuberculosis	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	19. ¿Tiene alguna restricción especial en su dieta?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. Dolor de pecho, dificultad para respirar, palpitación, inflamación de tobillos, soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	20. ¿Ha tenido alguna cirugía?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. Presión alta o baja	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	21. ¿Ha tenido asma alguna vez?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. Condiciones molestas en la piel (eczema, brotes, alergias)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	22. Convulsiones y epilepsia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. Pérdida de dientes (indique el número de dientes falsos) puentes o dentadura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	23. Hepatitis (tipo)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. Dolores musculares, artritis, torceduras	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	24. Ulceras	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10. Quebraduras de hueso (liste cuando)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	25. Ictericia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11. Crecimiento o tumor maligno o benigno	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	26. Malaria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
12. Dolor abdominal frecuente, dolores menstruales	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	27. Neumonía	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
13. Mareo por movimiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	28. SIDA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
14. Historia de diabetes, problemas en la tiroides, desórdenes de sangrado	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	29. Algún otro problema, enfermedad o dolencia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
15. Alergias a picaduras, comidas o medicamentos u otros	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	30. ¿Ha sufrido de anorexia, bulimia o algún otro problema alimenticio?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			31. ¿Ha estado alguna vez en terapia psicológica o psiquiátrica?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			32. ¿Ha estado hospitalizado alguna vez?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
			Si fue así explique		

Por favor complete los siguientes datos. Si no está seguro consulte a su médico.

Si usted no ha visitado a un médico recientemente, o no se ha hecho alguna de las siguientes, no es necesario que lo haga, es solamente para nuestro archivo.

Tipo de sangre
Fecha de la última radiografía (resultado)
Fecha de la última inmunización o vacuna contra el Tétano

## INFORMACION SOBRE SEGURO:

Portantorchas no cuenta con una póliza médica para estudiantes. Cuando se presentan reclamos por facturas médicas internacionales, la mayoría de las compañías trabajan de dos formas, por reembolso o de manera directa con el hospital. Si su compañía trabaja por medio de reembolso, por favor asegúrese que tiene suficiente crédito para pagar hasta que se le reembolse la factura. Si usted no tiene una póliza, o no recibimos este documento de vuelta automáticamente compraremos una póliza para usted con el costo de \$25 USD por mes y será cobrada al estudiante.

Tiene seguro médico?
Compañía:
# Póliza o Certificado:
# Número de Identidad:
Teléfono de contacto de reclamos y servicios:
Dirección del asegurador:

Fecha del ultimo examen médico (resultados)
Nombre del médico:

# LIBERACION DE RESPONSABILIDAD



## Reconocimiento de riesgo

Reconozco que existe un mínimo de riesgo en cualquier viaje internacional y en actividades deportivas al aire libre. En conocimiento de los riesgos inherentes, certifico que estoy mental y físicamente capacitado para participar en estas actividades y me abstendré cuando no sea capaz de participar.

## Responsabilidad

Estoy completamente consciente del riesgo y por lo tanto escojo participar voluntariamente. Además, asumo completa responsabilidad por cualquier lesión, muerte, pérdida de propiedad personal y costo por causa de mi negligencia.

## Liberación de responsabilidad

Acuerdo, además, que mis apoderados, herederos, guardianes y representantes legales no presenten ningún reclamo contra Portantorchas, sus empleados y los directores por lesión o daño por negligencia. Además, libero a Portantorchas, sus empleados y los directores de cualquier reclamo que pudiera tener como consecuencia de lesión o daño resultado de mis viajes, participación en la Escuela Bíblica Portantorchas y otras actividades organizadas por la escuela.

## Consentimiento médico

Doy mi consentimiento para realizar cualquier radiografía, examen de laboratorio, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y hospitalización que sea considerado y dirigido por supervisión médica general o especializada de un médico o cirujano licenciado bajo las leyes de la práctica médica de Costa Rica e internacionales. Se entiende que esta autorización es dada por adelantado a cualquier diagnóstico, tratamiento u hospitalización que se requiera y se da el consentimiento a cualquier diagnóstico médico o quirúrgico, tratamiento y hospitalización que el médico, mencionado con anterioridad, que en el ejercicio de su juicio así lo considere.

## Conocimiento y ejecución voluntaria

He leído cuidadosamente, comprendo y acepto los términos y condiciones establecidas en el presente documento y reconozco que el acuerdo será efectivo a lo largo de mis viajes y participación en el programa de la Escuela Bíblica Portantorchas y las actividades relacionadas con la misma, a menos que lo revoque de forma escrita y la envíe al director de la Escuela. Este acuerdo expira una vez que termine el período lectivo. De ese momento en adelante, Portantorchas, sus empleados, los directores no tendrán ninguna responsabilidad legal con el estudiante, aun si este continúa en Costa Rica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

Si es menor de 18 años en el momento de firmar, los guardianes deberán firmar también.

