



## 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: jucum\_pr@hotmail.com; jucumpr@coqui.net

Apreciado(a) Solicitante:

Estamos muy contentos de saber de tu interés en participar de las Vacaciones con Propósito de verano de los King's Kids de P.R. Cada año realizamos 2 adiestramientos. **El primer adiestramiento** es para niños de 4 a 12 años y el mismo se llevará a cabo del **30 de mayo al 12 de junio de 2010**. Para los niños de 4 a 7 años se necesitará que sus padres los traigan a las 8:00am y los recojan a las 6:30pm todos los días. **El segundo adiestramiento**, para adolescentes de 13 a 22 años será del **13 de junio al 27 de junio de 2010**.

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

**Este no es un adiestramiento de diversión ni de entretenimiento.** Es un adiestramiento 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 está programada. Las mañanas se dedican a la enseñanza de temas tales como: "El carácter de Dios", "Tiempo a solas con Dios", "Como relacionarme con el sexo opuesto", y muchos otros. Además cada día se llevarán a cabo entrenamientos de baloncesto o coreografía. Los últimos cuatro días llevaremos a cabo presentaciones públicas y/o juegos de baloncesto en diferentes lugares de P.R.

La demanda es muy grande. Así que, te recomendamos envíes tu solicitud lo antes posible.

**El primer adiestramiento dará comienzo el domingo, 30 de mayo a las 3:00p.m. y el segundo adiestramiento el día 13 de junio a las 6:00pm.**

Una vez cumplimentes la solicitud, envíala a la dirección arriba indicada. Es vital que tu familia apoye tu participación en el adiestramiento. Por razones legales, **ambos padres deben firmar la autorización y el consentimiento**, de lo contrario no podremos aceptar la solicitud. En caso de faltar una de las firmas, se debe enviar una copia del certificado de patria potestad.

Al recibir la notificación de aceptación es necesario que te matricules enviando la cantidad de \$100.00 dólares no reembolsables, lo cual representa un adelanto del costo total del adiestramiento, que es de **\$275.00**. Al nosotros recibir tu matrícula te enviaremos a vuelta de correo:

- 1- Material de estudio
- 2- Lista de "cosas que traer"
- 3- Reglas del adiestramiento

Marca con una **X** el adiestramiento en el que deseas participar:

\*KKI Coreografía (8-12 años)\_\_\_\_\_ \*KKI Baloncesto (8-12años) sólo varones\_\_\_\_\_ \*KKI Teatro (8-12 años) \_\_\_\_\_

\*Niños de 4 a 7 años tendrán coreografía, manualidades y recreación.

\*KKII Coreografía (13-22 años)\_\_\_\_\_ \*KKII Baloncesto (13-22 años) sólo varones\_\_\_\_\_ \*KKII Teatro (13-22 años)\_\_\_\_\_

Esperamos escuchar de ti en los próximos días.

Dios te bendiga,

Lyssette Ruiz  
Directora King's Kids 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?  Sí  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 O 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? : \_\_\_\_\_ ¿Cúantas 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 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 llevar a cabo intensas rutinas de baile y/o aeróbicos de 3-6 hrs. diariamente?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique de ser necesario \_\_\_\_\_

¿Está en capacidad de llevar a cabo intensas rutinas de ejercicios y entrenamiento para jugar baloncesto de 3-6 hrs. diariamente?  
 Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique de ser necesario \_\_\_\_\_

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 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, Lyssette 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	Firma Padre o Encargado	día mes año
_____	_____	____/____/____
Nombre	Firma Madre o Encargada	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)

\*\*\*\*\*

**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.

_____	____/____/____
Firma de Padre y/o Encargado	día mes año
_____	____/____/____
Firma de Madre y/o Encargado	día mes año