

**APLICACIÓN PARA la ENTRADA AL SAN GABRIEL VALLE que ENTRENA CENTRO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Sec social. #: \_\_\_\_\_  
Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ el Estado Matrimonial: S M D W Idioma Separado Hablado: \_\_\_\_\_  
¿Con quien está viviendo usted? \_\_\_\_\_ Dependants en casa (incluso el esposo) \_\_\_\_\_  
¿Cómo vendrá usted a trabajar? Autobús de RTD \_\_\_ Manejar \_\_\_ Caminar \_\_\_ Otro \_\_\_  
Fuente presente de apoyo: el Padres \_\_\_ Esposo \_\_\_ SSI \_\_\_ SSDI \_\_\_  
General Assist. \_\_\_ TD \_\_\_ Otros \_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

¿Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Dónde creció usted? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo tiene en los estados unidos? \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN**

La calidad más alta completó: \_\_\_\_\_ City/State de Escuela: \_\_\_\_\_  
¿Asistió último: \_\_\_\_\_ Did usted recibe cualquier entrenamiento después de la escuela secundaria? (donde & eso que) \_\_\_\_\_

**HISTORIA de TRABAJO: Por favor la lista los trabajos que usted ha mantenido en el pasado:**

AÑO	TÍTULO	DEBERES	RAZÓN POR DEJAR	SUELDOS

Qué de los trabajos anteriores hizo le gusta el más más: \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL**

¿Se ha declarado culpable usted alguna vez de una felonía? \_\_\_\_\_ If para que, explique:  
\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

¿(Optativo) Altura \_\_\_ Peso \_\_\_ Have que usted solicitó la compensación de obrero en la vida? \_\_\_\_\_

¿Se ha hospitalizado usted alguna vez? \_\_\_ En ese caso, por que \_\_\_\_\_

¿Ve usted a un doctor en una base regular? \_\_\_\_\_ ¿En ese caso, por qué? \_\_\_\_\_

¿Qué medicación toma usted? \_\_\_\_\_ Reason para: \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico a cualquier medicación? Y N Nombre de medication? \_\_\_\_\_

¿Usted cuál es lesión primaria? \_\_\_\_\_ Secundario \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna restricción médica? \_\_\_\_\_

¿Hágalo o ha tenido usted alguna vez cualquiera de lo siguiente?

	SÍ	NO		SÍ	NO
Dolor de cabeza			Atrás los Problemas		
Enfermedad mental			Problema de la oreja		
Problema del discurso			Problema del ojo		
Diabetes			Problema del corazón		
Artritis			Epilepsia		
Narcotice Problemas			Alcoholismo		
Vértigo			Nerviosismo		

Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de última inyección del tétano: \_\_\_\_\_ Date de últimos TB prueban: \_\_\_\_\_

El nombre de doctor: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

Número del teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN de la EMERGENCIA:** Por favor identifique a 2 individuos diferentes con números de teléfono diferentes en caso de una emergencia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relació \_\_\_\_\_ Casa de #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Páger #: \_\_\_\_\_

Trabajo #: \_\_\_\_\_

Célula #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Casa de #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Páger #: \_\_\_\_\_

Trabajo #: \_\_\_\_\_

Célula #: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN de la EMERGENCIA**

Como un estudiante en escuela, el fondos de su seguro primario está con su plan de salud existiendo. Por favor identifique el FONDOS de su SEGURO de MEDICAL/HOSPITAL actual: (optativo)

La Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ la Política de #: \_\_\_\_\_ o

Médico #: \_\_\_\_\_ el Medi-cuidado de #: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia que ellos requiere transporte a un hospital o a médico, el San Gabriel Valle que Entrena Centro es autorizado para tomarme (por ambulancia si necesario) a una facilidad médica reconocida o médico.

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (si 18 o encima de)

\_\_\_\_\_  
Padre o firma del Guardián  
(si bajo edad 18)

