

# INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

**NUESTRA MISIÓN:** La YMCA del Condado de San Diego se dedica a mejorar la calidad de la vida humana y a ayudar a todas las personas a alcanzar su máximo potencial como hijos de Dios a través del desarrollo del espíritu, la mente y el cuerpo.



**POR LA FORMACIÓN DE NIÑOS Y JÓVENES®  
POR UNA VIDA SALUDABLE  
POR LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

## PARA ADULTOS PARTICIPANTES

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fórmula de tratamiento
Nombre preferido		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro:	
Origen étnico:			
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de EE. UU. o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otro	
Correo electrónico principal		<input type="checkbox"/> Correo electrónico personal <input type="checkbox"/> Correo electrónico familiar	
Correo electrónico secundario		<input type="checkbox"/> Correo electrónico personal <input type="checkbox"/> Correo electrónico familiar	
Teléfono principal ( ) - <input type="checkbox"/> Teléfono móvil		Teléfono secundario ( ) - <input type="checkbox"/> Teléfono móvil	
Dirección:			Unidad n.º
Ciudad		Estado	Código postal
Cargo		Compañía	
Nombre del cónyuge		Apellido del cónyuge	

## PARA NIÑOS PARTICIPANTES

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Fórmula de tratamiento
Nombre preferido		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro:	
Origen étnico:			
<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena de EE. UU. o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre del padre o tutor		Apellido del padre o tutor	
Correo electrónico del niño		<input type="checkbox"/> Correo electrónico personal <input type="checkbox"/> Correo electrónico familiar	
Correo electrónico del padre o tutor		<input type="checkbox"/> Correo electrónico personal <input type="checkbox"/> Correo electrónico familiar	
Teléfono del niño ( ) - <input type="checkbox"/> Teléfono móvil		Teléfono del padre o tutor ( ) - <input type="checkbox"/> Teléfono móvil	
Dirección:			Unidad n.º
Ciudad		Estado	Código postal
Nombre de la escuela			Grado

## SU EXPERIENCIA EN LA YMCA

Áreas de interés (elija hasta cuatro):

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acuático             | <input type="checkbox"/> Ejercicio grupal            | <input type="checkbox"/> Entrenamiento personal   | <input type="checkbox"/> Actividades para mayores      |
| <input type="checkbox"/> Campamento           | <input type="checkbox"/> Gimnasia                    | <input type="checkbox"/> Eventos sociales         | <input type="checkbox"/> Actividades para adolescentes |
| <input type="checkbox"/> Programas familiares | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil autorizado | <input type="checkbox"/> Deportes Adultos/Jóvenes | <input type="checkbox"/> Voluntariado                  |

Mis/Nuestras metas de salud y bienestar incluyen: (elija hasta cuatro):

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Equilibrio                         | <input type="checkbox"/> Flexibilidad              | <input type="checkbox"/> Nutrición             | <input type="checkbox"/> Fortalecimiento |
| <input type="checkbox"/> Cardio                             | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de la salud | <input type="checkbox"/> Tiempo con la familia | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Estabilidad del centro de gravedad | <input type="checkbox"/> Mente/cuerpo              | <input type="checkbox"/> Actividades sociales  | <input type="checkbox"/> Otra            |

Describiría mis/nuestros hábitos de ejercicio como:  Comenzando  Esporádicos  Constantes  Selectos

¿Cómo se enteró acerca de la YMCA?

Nombre del miembro que lo refirió

Teléfono de ese miembro ( ) -

## CONTACTOS DE EMERGENCIA

1. Nombre	1. Apellido
1. Relación	1. Teléfono ( ) - <input type="checkbox"/> Teléfono móvil
2. Nombre	2. Apellido
2. Relación	2. Teléfono ( ) - <input type="checkbox"/> Teléfono móvil