



Horario	
Excel	
Correo	
Whatsapp	

## REGISTRO DE INSCRIPCIÓN – Adultos

### DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_ Apellido Materno: \_\_\_\_\_  
 Nombres: \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profesión/Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección de domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Lugar de trabajo (empresa): \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Cargo que ocupa: \_\_\_\_\_  
 Idioma Materno: \_\_\_\_\_  
 Conocimiento de otros idiomas: ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Nivel? Básico Intermedio Avanzado  
 Estado de salud: \_\_\_\_\_  
 Alergias: \_\_\_\_\_  
 Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Observaciones adicionales: \_\_\_\_\_  
 ¿Toma medicamentos? SI NO ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna limitación? \_\_\_\_\_  
 ¿Practicó alguna otra Arte Marcial? SI NO ¿Cuál?: \_\_\_\_\_  
 Grado obtenido: \_\_\_\_\_ Fecha de dicho ascenso: \_\_\_\_\_

### EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A:

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Médico de cabecera (nombre y teléfono): \_\_\_\_\_

Por favor, indique el medio por el cual se enteró de la Escuela Jeff Speakman's Kenpo 5.0:  
 Amigos Facebook Whatsapp Amigos TV Otros especifiquen: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, acuso recibo del Manual del Estudiante, el cual me comprometo a leer. Además, doy mi conformidad con las normas y reglas de la Escuela y me comprometo al fiel cumplimiento de las mismas. Favor tomar en cuenta que las mensualidades, examen y matrículas se pagan por adelantado, todos los comunicados se enviarán a través de email y/o WhatsApp.

Santa Cruz: Av. Dr. Jaime Román lado Cond. Madrid 3er Anillo Externo entre Av. Canal Isuto y Av. San Martín  
 Tel. 591-76696728 / info@kenpobolivia.com

La Paz: Av. Sánchez Bustamante, entre calle 9 y 10 de Calacoto Edif. Vitruvio II Local #3 Tel. 591-62412242 / infolpz@kenpobolivia.com  
[www.jeffspeakmanbolivia.com](http://www.jeffspeakmanbolivia.com)



FIRMA

**DECLARACIÓN JURADA Y CONSENTIMIENTO**  
**FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD DE ALUMNOS**  
**DATOS DEL PRACTICANTE**

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

1. ¿En los últimos 30 días tuvo síntomas como pérdida del olfato o gusto, fiebre, tos o falta de aire?  
Si  No

En caso de ser afirmativo desde que fecha: \_\_\_\_\_

2. ¿Actualmente tiene algún síntoma como pérdida del olfato o gusto, fiebre, tos o falta de aire?  
Si  No

En caso de ser afirmativo desde que fecha: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha estado en contacto cercano con alguien que pueda tener COVID-19 pero aún no se ha confirmado?

Si  No

Comentario: \_\_\_\_\_

4. ¿Está actualmente en contacto cercano con alguien, como un familiar, que está experimentando síntomas o ha sido confirmado como positivo para COVID-19?

Si  No

Comentario: \_\_\_\_\_

5. ¿Ha viajado internacionalmente o a zonas con alta tasa de confirmados con COVID-19 en los últimos 30 días?

Si  No

Comentario: \_\_\_\_\_

6. ¿Tiene alergias o alguna contraindicación a los protocolos de desinfección? Detállelos.

\_\_\_\_\_

7. ¿Qué afecciones médicas actualmente está en tratamiento (como enfermedad renal, hepática, respiratoria y cardiovascular crónica)? Detállelos.

\_\_\_\_\_

**\*\* TENER CONTACTO se define como:**

Estar dentro de aproximadamente (2 metros) de un caso COVID-19 por un período prolongado de tiempo; el contacto puede ocurrir mientras cuida, vive, visita o comparte un área o sala de espera de atención médica con una persona probable o positivo a COVID-19

Santa Cruz: Av. Dr. Jaime Román lado Cond. Madrid 3er Anillo Externo entre Av. Canal Isuto y Av. San Martín

Tel. 591-76696728 / [info@kenpobolivia.com](mailto:info@kenpobolivia.com)

La Paz: Av. Sánchez Bustamante, entre calle 9 y 10 de Calacoto Edif. Vitruvio II Local #3 Tel. 591-62412242 / [info@kenpobolivia.com](mailto:info@kenpobolivia.com)

[www.jeffspeakmanbolivia.com](http://www.jeffspeakmanbolivia.com)



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo (padre) \_\_\_\_\_,  
con C.I Nro. \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, con domicilio en las  
calles \_\_\_\_\_ de  
la Ciudad de \_\_\_\_\_ del Departamento de \_\_\_\_\_ declaro  
que me han informado y explicado suficientemente los beneficios y posibles riesgos de la  
práctica del Kenpo.

Entendiendo que nos encontramos en el curso de la Pandemia por el COVID-19, una  
enfermedad producida por un virus que se contagia de una persona a otra. Incluso a personas  
que aparentan estar completamente sanas pueden transmitir el virus. Esta enfermedad puede  
tener complicaciones e inclusive provocar la muerte. Entiendo, que ninguna persona puede  
estar segura de no estar infectada. Además, se me ha explicado claramente que, aunque se  
tomen absolutamente todas las medidas de bioseguridad recomendadas, no hay seguridad  
absoluta de que el alumno(a) no se pueda enfermar. Para disminuir el riesgo los profesionales  
y todos los funcionarios que estén en contacto con el alumno(a) tomarán medidas de protección.

Confirmando que toda la información que me ha proporcionado la escuela y sus colaboradores es  
completa y verdadera. Llevo voluntariamente a mi hijo(a) a la escuela, y declaro que no hemos  
tenido signos/síntomas compatibles con el COVID-19 en los últimos 15 días. El (la) alumno(a)  
se encuentra sin tos, dolor de garganta, congestión/secreción nasal, dificultad respiratoria,  
fiebre, escalofríos, dolores musculares, pérdida del olfato (anosmia) y/o pérdida del gusto  
(disgeusia). Así mismo, declaramos que no hemos tenido contacto con personas sospechosas  
o confirmadas de COVID-19. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis  
antecedentes clínicos actuales y/o los de mi hijo(a). Si llegamos a tener cualquiera de estas  
manifestaciones, o entrar en contacto con otra persona que las tuviese, nos comprometemos a  
avisar inmediatamente al personal de la Escuela de Kenpo 5.0

Datos proporcionados por (nombre): \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

### FIRMA