

EQUIPO DE PRIMERA INTERVENCIÓN (EPI) SANÓ MAT.

Nombre: _____
Número de Cédula o identificación: _____
Sexo: Mujer () Hombre ()
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Número telefónico: _____
Correo electrónico: _____
Dirección /Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____
Detalle de la dirección: _____

Fotografía

OCUPACIÓN O ESTUDIO

Estudia / Institución: _____ Nivel: _____
Trabajo actual:
¿Pertenece a un Grupo Guía y Scout? SI () No ()
Grupo: _____ Cargo: _____
¿Pertenece a un Grupo Guía y Scout? SI () NO () Cual

CAPACITACIÓN EN ATENCIÓN DE PACIENTES

Nota: Indicar la fecha en que obtuvo la capacitación.

APA _____ Fecha: _____

RAPA _____ Fecha: _____

AEM _____ Fecha: _____

TEM _____ Fecha: _____

ENFERMERÍA _____

Incorporado al Colegio de Médicos: Si () No () Número de acreditación: _____

Disponibilidad para prestar servicio:

Fin de semana (Viernes a Domingo)

Entre semana (Lunes a Jueves)

Frecuencia de disponibilidad: Semanal: _____ Quincenal: _____ Mensual: _____

Enviar los atestados al correo electrónico: iztaru@siemprelistos.org

Nota: Si usted es seleccionado (a), nos estaremos comunicando con usted.



IZTARÚ

GUÍAS Y
SCOUTS DE
COSTA RICA

