

# JEFO MEETING LATAM

FORMULARIO DE REGISTRO / FORM REGISTRATION

## INFORMACIÓN / GUEST INFORMATION

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_  
*Lastname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Birthday: \_\_\_\_\_*

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Marital Status: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_*

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
*Full address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_*

País: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
*Country: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_*

Alergias o restricciones alimentarias: \_\_\_\_\_  
*Food allergies or restrictions: \_\_\_\_\_*

Otras alergias importantes: \_\_\_\_\_ ¿Padece alguna enfermedad crónica? \_\_\_\_\_  
*Other important allergies: \_\_\_\_\_ Medical issue we should be aware of? \_\_\_\_\_*

## INFORMACIÓN DEL CONYUGUE E HIJOS / SPOUSE AND CHILDREN INFORMATION

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Apellido del cónyuge: \_\_\_\_\_  
*Spouse's Last Name: \_\_\_\_\_ Spouse's First Name: \_\_\_\_\_*

Nombre del hijo No.1 \_\_\_\_\_ Nombre del hijo No.2 \_\_\_\_\_  
*Child No.1 name: \_\_\_\_\_ Child No.2 name: \_\_\_\_\_*

Alergias o restricciones alimentarias: \_\_\_\_\_  
*Food allergies or restrictions: \_\_\_\_\_*

## CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA / CONTACT IN CASE OF EMERGENCY

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
*Name: \_\_\_\_\_ Lastname: \_\_\_\_\_*

País: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
*Country: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_*

Parentesco: \_\_\_\_\_  
*Relation to you: \_\_\_\_\_*

## INFORMACIÓN SEGURO MÉDICO / INSURANCE INFORMATION

Compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado principal: \_\_\_\_\_  
*Medical insurance company: \_\_\_\_\_ Primary insured name: \_\_\_\_\_*

Nombre del plan o tipo de cobertura: \_\_\_\_\_ Número de póliza / Insurance number: \_\_\_\_\_  
*Plan name or Coverage type: \_\_\_\_\_*

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

\* **Por favor asegúrese de tener la cobertura de seguros apropiada para su viaje. Debido al desarrollo de la pandemia actual es imprescindible que su seguro médico cubra gastos relacionados con COVID 19.**

\* **Please make sure you have the proper insurance coverage for your trip. Due to the current pandemic, it is essential that your medical insurance covers expenses related to COVID 19.**