

Poultry Science Association
Annual Meeting 2022

FORM REGISTRATION / FORMULARIO DE REGISTRO

***RSVP: MARCH 28 / POR FAVOR RESPONDER HASTA MARZO 28**

GUEST INFORMATION / INFORMACIÓN

Lastname: _____ Name: _____ Birthday: _____
Apellidos: _____ Nombre: _____ Cumpleaños: _____

Marital Status: _____ Phone: _____
Estado Civil: _____ Teléfono: _____

Company: _____ Occupation: _____
Compañía: _____ Ocupación: _____

Full address: _____ City: _____ State: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Country: _____ Zip code: _____ E-mail: _____
País: _____ Código Postal: _____ Correo electrónico: _____

Food allergies or restrictions: _____
Alergias o restricciones alimentarias: _____

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

COMPANION INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ACOMPAÑANTE

Last Name: _____ First Name: _____
Apellido del acompañante: _____ Nombre del acompañante: _____

Food allergies or restrictions: _____
Alergias o restricciones alimentarias: _____

CONTACT IN CASE OF EMERGENCY / CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Name: _____ Last name: _____
Nombre: _____ Apellido: _____

Country: _____ Phone: _____
País: _____ Teléfono: _____

Relation to you: _____
Parentesco: _____

INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN SEGURO MÉDICO

Medical insurance company: _____ Primary insured name: _____
Compañía de seguro médico: _____ Nombre del asegurado principal: _____

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

Phone / Teléfono: _____

* **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.**

* **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.**