

SOLICITUD DE VOLUNTARIO

Nombre:

Fecha de nacimiento: *Haga clic aquí para escribir una fecha.*

Dirección:

Ciudad:

Teléfono Casa:

Código Postal:

Celular:

Correo electrónico:

Talla de camiseta: M

Hora preferida para llamarle: 8:00 AM

SU DISPONIBILIDAD: (Favor indicar días y horas)

Lunes desde Ninguno AM Hasta Ninguno PM

Martes desde Ninguno AM Hasta Ninguno PM

Miércoles desde Ninguno AM Hasta Ninguno PM

Jueves desde Ninguno AM Hasta Ninguno PM

Viernes desde Ninguno AM Hasta Ninguno PM

Sábado desde Ninguno AM Hasta Ninguno PM

Domingo desde Ninguno AM Hasta Ninguno PM

Frecuencia: Una vez a la semana Otro:

Por favor indique que actividad le gustaría hacer como voluntario:

Apoyo en la oficina

Promoviendo eventos

Mesa de Exhibición de la NIHHC

Registro en Ferias de Salud

Hacer llamadas telefónicas

Actividades con niños

Intérprete

Facilitando clases (adultos)

Facilitando clases (niños)

Sirviendo comida

Tomando presión arterial

Metiendo información en Excel

Haciendo exámenes de colesterol/glucosa

Preparación previa y limpieza después de eventos

Mis talentos y lo que disfruto hacer es:

Yo tengo particular interés en:

Referente a su(s) idioma(s), marque todas las que apliquen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Me siento cómodo(a) leyendo en español | <input type="checkbox"/> Me siento cómodo(a) leyendo en inglés |
| <input type="checkbox"/> Me siento cómodo(a) escribiendo en español | <input type="checkbox"/> Me siento cómodo(a) escribiendo en inglés |
| <input type="checkbox"/> Me siento cómodo(a) hablando en español | <input type="checkbox"/> Me siento cómodo(a) hablando en inglés |

Por favor indique si ha recibido entrenamiento/clases en alguna de las siguientes áreas

- | | | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Nutrición | <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental/Estrés | <input type="checkbox"/> Soy enfermero/a | <input type="checkbox"/> No experiencia médica | <input type="checkbox"/> Otro | | |

¿Cómo supo de nosotros?

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Amiga(o) | <input type="checkbox"/> Periódico | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Sitio web de la NIHHC | <input type="checkbox"/> Facebook | <input type="checkbox"/> Evento de la NIHCC |
| <input type="checkbox"/> Otro voluntario | <input type="checkbox"/> Otro | | | | |

¿En qué idioma prefiere recibir información? Español

¿Le gustaría referir a un amigo/a para que sea voluntario/a?

Nombre:

Teléfono:

CONSENTIMIENTO DEL VOLUNTARIO

El Voluntario garantiza que:

1. Soy competente para realizar actividades que se me asignen como voluntario y las realizaré lo mejor que pueda de manera razonable y segura.
2. Me comprometo a seguir el protocolo de mi estación. Seguiré las instrucciones dadas por el coordinador del sitio o cualquier otro representante de la NIHHC.
3. Respetaré la diversidad y me abstendré de hacer comentarios ofensivos acerca de raza, género, edad, religión, habilidad física u orientación sexual. Trataré a otros voluntarios, participantes, etc. con respeto y usaré un lenguaje apropiado. Entiendo que el acoso sexual no será tolerado.
4. Entiendo que toda la información del participante es CONFIDENCIAL. Protegeré la confidencialidad de los participantes y no divulgaré su información personal, condición médica, o cualquier otra información con ninguna persona que no esté autorizada para saber esta información.
5. El suscrito por medio de este instrumento libera y dispensa a todos los profesionales de salud, las organizaciones de cuidados de salud, la NIHHC, junto con sus sucesores, subsidiarios, oficiales, trabajadores, representantes, voluntarios, o agentes, de cualquiera y todos los reclamos de responsabilidad de cualquier tipo, incluyendo pero no limitándose a daños a propiedad, lesión física, angustia mental, vergüenza, difamación e invasión a la privacidad, que podría sufrir el que suscribe basado en o como resultado de o en cualquier forma de conexión con su participación en las feria de salud/exámenes de salud.
6. Daré permiso a la NIHHC para tomar/usar fotos y/o videos con el propósito de anunciar eventos/programas o reportar resultados y para la publicidad de la NIHHC. Todas las fotos y/o videos serán de propiedad exclusiva de la NIHHC.

La NIHHC se compromete a:

1. Proveer entrenamiento, información y ayuda para que el voluntario este en capacidad de realizar las responsabilidades de su posición.
2. Respetar las habilidades, dignidad y necesidades individuales del voluntario, y hacer lo mejor posible para ajustar sus tareas a las capacidades de cada uno.
3. Estar disponibles a cualquier comentario del voluntario para mejorar el desempeño de sus respectivas tareas.
4. Tratar al voluntario como un compañero más de la NIHHC y reconocer que somos igualmente responsables del logro de nuestra misión.
5. Seguir una política no discriminatoria. Los voluntarios no serán tratados diferente por su raza, género, edad, religión, habilidad física u orientación sexual.

Con mi firma, certifico que he leído, entendido, y estoy de acuerdo con las reglas establecidas por la NIHHC.

Haga clic aquí para escribir una fecha.

Firma del voluntario (Digite su nombre, con lo que tendrá validez como firma electrónica)

Fecha

Nombre del voluntario

Por favor envíe/entregue estos formatos a:

Tel: 574.522.0966



444 North Nappanee St., Elkhart, IN 46514



Fax: 574.522.0354

info@nihhc.com

Para mayor información, visite nuestra página web a www.nihhc.com