



Formulario de registro de invitados 2026

(Este formulario DEBE ser RECIBIDO por SMCC antes del 01/31/26)

Información del Invitado

Nombre de pila: _____ Apellido: _____

Nombre como le gustaría que apareciera en la etiqueta:

Fecha de nacimiento: _____ Género femenino: Masculino:

DIRECCIÓN:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: _____

Dato curioso sobre ti: _____

Contacto de emergencia durante el evento (aparecerá en la etiqueta con el nombre del invitado):

Teléfono de contacto de emergencia (aparecerá en la etiqueta con el nombre del huésped):

Necesitará que se le administren medicamentos durante el evento: Sí: No:

* Tenga en cuenta que la iglesia, su personal y los voluntarios no son responsables de administrar medicamentos a los invitados durante el evento Night to Shine. Si la medicación es requerido durante el evento, un parent o cuidador DEBE estar disponible para administrar el medicamento.

Nos encantaría que tu experiencia Night to Shine fuera la mejor posible.

Si se siente cómodo compartiendo, responda cualquiera de los siguientes elementos opcionales que correspondan para ayudarnos a ofrecer el mejor soporte posible.

Preocupaciones de salud: _____

Necesidades de Movilidad: _____

Necesidades de comunicación: _____

Problemas/preocupaciones sensoriales (luces estroboscópicas, flashes de cámaras, ruidos fuertes, etc.):

Alergias: _____

(Enumere los que correspondan: alimentos, animales, látex, maquillaje, plantas o polen, etc.)

Necesidades alimentarias (alimentos cortados o en puré, sin gluten, sin lácteos, sin frutos secos, etc.):

Notas/preocupaciones adicionales que le gustaría que tuviéramos en cuenta

Información del cuidador

Nombre(s) del cuidador: _____

Teléfono del cuidador: _____

El cuidador estará... Dejando al huésped: _____

Disfrutando de la sala de relevo: _____

Relación del cuidador con el
huésped:

Si disfruta de una habitación de relevo*, indique a los cuidadores.

Nombre 1:

Nombre 2:

* La Sala de Respiro es un área privada donde los cuidadores de los invitados pueden pasar la noche disfrutando de comida, entretenimiento y descanso mientras permanecen en el lugar durante el evento.

Información de la agencia proveedora de atención: si corresponde

Agencia proveedora de atención:

(Si asiste como parte de un grupo, incluya el nombre de la agencia o empresa)

Teléfono de la agencia proveedora de atención:

Chaperón de la agencia (si corresponde):

Teléfono celular del acompañante de la agencia:

(Nota: No se requiere que el acompañante se quede con los huéspedes a menos que así lo requiera la agencia proveedora de atención.
Si el acompañante permanece con el huésped, se requerirá una verificación de antecedentes actualizada).

Notas o inquietudes adicionales:

Envíe el formulario a: (Stone Memorial Christian Church, office@stonemcc.comcastbiz.net or
fax 276-647-2087)

(Este formulario DEBE ser RECIBIDO por SMCC antes del 01/31/25)