

CONSENTIMIENTO DE ADULTOS Y AUTORIZACION PARA DAR TRATAMIENTO MEDICO

(Para participantes adultos de 21 años de edad o más.)

En caso de emergencia y en el caso de no estar consiente o coherente, por este medio concedo a representantes de La Diócesis de Austin, mi parroquia, y/o otros adultos permiso de actuar en mi nombre en la búsqueda de tratamiento médico de emergencia para mí en caso de que tal tratamiento sea necesario.

Por este medio doy mi consentimiento y permiso para que personal médico autorizado administre el tratamiento médico; incluyendo cualquier examen de rayos X, diagnóstico médico de cirugía o tratamiento médico, y otra evaluación, diagnóstico, tratamiento, medicamento o cuidado hospitalario de acuerdo con la práctica médica estándar.

Yo absuelvo y libero a La Parroquia de Nuestra Señora de Guadalupe, la Diócesis de Austin, sus representantes, empleados y voluntarios, de cualquier responsabilidad en absoluto aún actuando de mi parte en cuanto al tratamiento médico, y en cualquier otro considerado necesario si yo llegara a quedar incapacitado.

Adicionalmente, doy mi permiso para ser fotografiado durante actividades asociadas con el antes mencionado evento. Yo entiendo que dichos fotos/videos pueden ser usados para futura publicidad dentro de la parroquia, Diócesis y o Iglesia Católica.

Cláusula de Indemnidad:

Hago por este medio, para mí, mis herederos, ejecutores, y administradores, renuncio, libero, absuelvo, indemnizar y estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a todos los adultos afiliados a este evento, y otros participantes, La Parroquia de Nuestra Señora de Guadalupe, la Diócesis Católica de Austin, Diocesanos o empleados de la parroquia, el lugar del evento, y cualquiera de los representantes, sucesores, supervisores, patrocinadores, y/o organizadores, por cualquier lesión en conexión con el evento antes mencionado, provyendo que dichas lesiones no sean resultado directo por negligencia intencional.

Igualmente libero de la responsabilidad a cualquier persona(s), línea aérea, compañía de autobús, u otro servicio de transporte, transportándome en un vehículo privado y/o alquilado, hacia y desde cualquier actividad relacionada con el evento mencionado anteriormente, con la excepción de la negligencia directa debido totalmente, o en parte, a un fracaso mecánico y/o error del operador.

Nombre del Participante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Número de Seguro Social: _____
(Es requerido para tratamiento en la mayoría de los hospitales.)

Campania de Seguro: _____ Numero de Póliza: _____

Dirección y Teléfono de Compañía: _____

Lugar del Empleo que proporciona Segura: _____

Por favor anexe una fotocopia de la Tarjeta de Seguro a esta Forma.

Comentarios adicionales en referencia a historia médica, alergias, medicamentos u otras condiciones:

Fecha de la última Vacuna contra Tétano: _____

En caso de una emergencia, por favor llame a la persona (s) mencionada abajo:

Nombre: _____ Relación: _____

Número(s) de teléfono: _____

Reconozco que mi firma en el fondo de esta página significa que estoy de acuerdo con todas las declaraciones en esta forma. Además, consiento en cumplir con todas las pólizas y expectativas en cuanto a líderes adultos acompañantes participantes de la Diócesis Católica de Austin y la Iglesia de Nuestra Señora de Guadalupe. Me abstendré de cualquier acción comportamientos que no son consistentes con las enseñanzas de la Iglesia Católica y alguno que podría ser potencialmente peligroso para mi y/o para otros participantes.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____