

CONSENTIMIENTO DE ADULTO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Todas las páginas deben ser llenadas y firmadas por cada participante.

Por favor entregue a los coordinadores de registro antes de participar en cualquier actividad.

Ningún adulto podrá participar a menos que se entregue el formulario.

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Dirección: _____

Teléfono móvil: _____

SOBRE EL EVENTO:

Evento/Actividad: _____

Tipo de trabajo que se espera realizar: _____

Fecha(s): _____

Ubicación: _____ Costo (si corresponde): _____

Yo acepto en mi nombre, mis herederos, sucesores, cesionarios, albaceas y representantes personales, eximir de responsabilidad y defender a la Diócesis de Brownsville, los obispos, sus funcionarios, directores, empleados, y agentes, y los chaperones, voluntarios o representantes y entidades relacionadas asociadas con el evento, de cualquier reclamo de responsabilidad, pérdida o daño derivados de o en conexión con este evento, o en relación con cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o debido a la participación en esta actividad, o cualquier costo de tratamiento médico relacionado con la misma. Además, acepto compensar a la Diócesis de Brownsville, los obispos, sus funcionarios, directores, empleados y agentes, y los chaperones, voluntarios o representantes y entidades relacionadas asociadas con el evento por motivos razonables los honorarios y gastos de abogados en que incurran en cualquier acción judicial que se inicie contra ellos como resultado de tal lesión o daño, a menos que tal reclamo surja de la negligencia de la diócesis.

Firma: _____ Fecha: _____

ASUNTOS MÉDICOS: Por la presente garantizo que, según mi leal saber y entender, gozo de buena salud y asumo toda la responsabilidad por mi salud.

Medicamentos:

Si estoy tomando medicamentos en este momento, traeré todos los medicamentos necesarios y dichos medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas de que tomo dichos medicamentos, incluida la dosis y la frecuencia de la dosis, son los siguientes:

Firma: _____

Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de una emergencia, yo por la presente doy permiso para ser transportado a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre y relación: _____

Teléfono : _____

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

Proveedor del plan de salud familiar : _____ N.º de póliza: _____

Información Médica Específica: Los coordinadores del evento se asegurarán de que la siguiente información se mantenga confidencial.

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.): _____

Vacunas: _____ Fecha de la última vacuna contra el tétanos/difteria: _____

¿Tiene una dieta prescrita médicamente? _____

¿Alguna limitación física? _____

¿Está sujeto a nostalgia crónica, reacciones emocionales a situaciones nuevas, sonambulismo, enuresis nocturna, desmayos? _____

Debe tener en cuenta estas condiciones médicas especiales:

Firma: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFÍA Y AUDIO/VIDEO:

Al participar en este evento/actividad, se le informa que la fotografía, la grabación de audio, la grabación de video y su lanzamiento, publicación, exhibición o reproducción se utilicen para noticias, transmisiones web, fines promocionales, transmisiones por televisión, publicidad, inclusión en sitios web, redes sociales, o cualquier otro propósito por parte de la Diócesis de Brownsville y sus afiliados y representantes.

Se pueden usar imágenes, fotos y/o videos para promover actividades similares de la Diócesis de Brownsville en el futuro, resaltar la actividad y exhibir las capacidades/servicios de la Diócesis de Brownsville. Usted libera a la Diócesis de Brownsville, a los obispos, a sus funcionarios y empleados, y a todas y cada una de las personas involucradas de cualquier responsabilidad relacionada con la toma, grabación, digitalización o publicación y uso de entrevistas, fotografías, imágenes de computadora, y grabaciones de audio/video.

Además, al ingresar a dichos espacios, físicos o virtuales, renuncia a todos los derechos que pueda tener sobre cualquier reclamo de pago o regalías en relación con cualquier uso, exhibición, transmisión, transmisión web, transmisión por televisión u otra publicación de estos materiales, independientemente del propósito o patrocinio de dicho uso, exhibición, transmisión, transmisión web u otra publicación, independientemente de si se cobra una tarifa de admisión o patrocinio. También renuncia a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar cualquier foto, video o grabación de audio tomada por la Diócesis de Brownsville o la persona o entidad designada para hacerlo por la Diócesis de Brownsville.

Al firmar, usted acepta que ha sido plenamente informado de su consentimiento y renuncia a la responsabilidad. Esta liberación seguirá siendo válida hasta que sea revocada por escrito, sin efecto retroactivo.

Firma del participante: _____ Fecha: _____