**Forma de Liberación de Responsabilidad para Adulto**

Estimado Participante,

 Estamos contentos de que usted estará participando en las actividades en el centro de retiro de Eagle´s Wings. Para nuestros registros y para cualquier posible emergencia que pudiera surgir en el centro de retiros, le pedimos que llene este formulario, esto actuará como una liberación de responsabilidad. Nota: se requiere su firma. Por favor, asegúrese de que toda la información este correcta.

**Información del Participante**

 Nombre: Click or tap here to enter text. Fecha de Nacimiento: Click or tap to enter a date. Dirección: Click or tap here to enter text. Estado/Código Postal: Click or tap here to enter text. Teléfono: Click or tap here to enter text. Correo electrónico: Click or tap here to enter text.

**Consentimiento**

 Doy mi consentimiento a participar en las actividades en el centro de retiro de Eagles Wings. Libero a Eagle’s Wings Retreat Center, Inc., sus miembros del personal y voluntarios de toda responsabilidad y consecuencia que pueda surgir en el evento de cualquier daño o accidente. Además, estoy de acuerdo en aceptar responsabilidad financiera como consecuencia de recibir tratamiento médico. Estoy de acuerdo en acatar todas las reglas y regulaciones del Eagle’s Wings Retreat Center, Inc. y voluntarios. El Centro de retiros de Eagle’s Wings no se hará responsable si no coopero con las regulaciones, y mi infracción de las normas puede resultar en el despido inmediato de este centro por mi cuenta. También autorizo al centro de retiro de Eagle´s Wings el derecho a fotografiar y utilizar dichas fotografías en cualquier medio o forma de distribución y para cualquier propósito, incluyendo, sin limitación, todo aspecto promocional y usos de publicidad.

**Firma del Participante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: Click or tap to enter a date.

**Información Médica y de Emergencia**

Nombre de su Medico: Click or tap here to enter text. Teléfono: Click or tap here to enter text. Hospital de Preferencia: Click or tap here to enter text. Teléfono: Click or tap here to enter text. Dirección: Click or tap here to enter text.

Alergias: Click or tap here to enter text. Medicamentos actuales: Click or tap here to enter text.

Condiciones Médicas que debemos conocer: Click or tap here to enter text.

Número de teléfono de persona a llamar en caso de emergencia:

Nombre: Click or tap here to enter text. Teléfono: Click or tap here to enter text.

Nombre: Click or tap here to enter text. Teléfono: Click or tap here to enter text.