

RENUNCIA ADULTA DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN MÉDICA

Cada participante adulto, incluyendo líderes y representantes del grupo, debe firmar este formulario.

Parroquia/Escuela: _____

Naturaleza de la Actividad: _____

Fecha: _____ **Duración:** _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, INDEMNIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO MÉDICO

Yo, _____, en mi nombre y en nombre de mis herederos, cesionarios, albaceas y representantes personales, acepto defender, indemnizar y liberar de toda responsabilidad a _____, y a la Diócesis de Sacramento, junto con sus funcionarios, directivos, agentes, empleados y representantes, de cualquier lesión, enfermedad o muerte que resulte o esté relacionada con mi participación en esta actividad.

Además, acepto indemnizar y liberar a los Liberados por cualquier reclamación o causa de acción, incluyendo reclamaciones relacionadas con enfermedades transmisibles, que surja de mi participación en la actividad mencionada, presentada por mí o por mis familiares, herederos, cesionarios, albaceas o representantes personales.

Entiendo que participar en esta actividad implica riesgos inherentes y acepto voluntariamente dichos riesgos.

En caso de que requiera atención médica y no pueda comunicar mis deseos a los profesionales que me atiendan, autorizo que se me administre el tratamiento médico necesario. Favor de informar a los médicos que tengo las siguientes alergias (si corresponde):

En caso de emergencia y para autorización de tratamiento más allá de primeros auxilios, comuníquese con:

Nombre: _____ **Relación conmigo:** _____

Teléfono (día): _____ **Teléfono (noche):** _____

Compañía de Seguro Médico: _____

Número de Identificación: _____ **Número de Póliza:** _____

INFORMACIÓN MÉDICA / EMERGENCIA (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

☐ **Estoy proporcionando mi información médica/de emergencia.**

☐ **No estoy proporcionando mi información médica/de emergencia.** Entiendo que esto puede retrasar el tratamiento y limitar la capacidad del personal parroquial/diocesano para ayudar o brindar atención más allá de primeros auxilios básicos y llamar al 911, y libero a la parroquia/escuela/agencia, a la Diócesis de Sacramento y a Catholic Mutual Group de toda responsabilidad resultante por no contar con esta información.

He leído este documento. Entiendo que es una renuncia a todos los reclamos. Entiendo que asumo todos los riesgos. Firmo voluntariamente en señal de aceptación.

Firma: _____ **Fecha:** _____