

Nombre de la Parroquia _____

Nombre del Adulto _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono Primario _____ Teléfono Secundario (opcional) _____

Correo Electrónico _____

Sexo: (circule uno) Hombre o Mujer

** Edad del participante (circule una) 18-20 21 o más

Talla de Camiseta (circule una) S M L XL 2XL 3XL

**** Para fines formativos, Jóvenes Adultos (18-20) pueden participar como parte del equipo de adultos de la parroquia, pero no pueden ser contados como chaperones oficiales en la proporción adulto/joven.**

DETALLES DEL EVENTO

A continuación se describe brevemente la actividad:

Descripción del evento: _____

Fecha del evento: _____

Destino del evento: _____

Hora estimada de salida y de llegada: _____

Medio de transporte hacia y desde el evento: _____

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

En consideración por permitirme participar en esta actividad, yo asumo todos los riesgos y peligros inherentes a mi participación en el Evento, incluyendo la transportación hacia y desde el Evento. En consideración por permitirme participar en el evento mencionado anteriormente y en mi nombre y el de mis padres, tutores legales, hermanos, herederos, beneficiarios y representantes personales, por medio de la presente yo libero y estoy de acuerdo en proteger, indemnizar y defender total e incondicionalmente la Parroquia, la Diócesis Católica de Dallas y sus respectivos oficiales, agentes y empleados, (colectivamente, "Indemnizados"), y exonero a todos los Indemnizados de y en contra de cualquier y todos los costos, gastos, honorarios de abogados, reclamos de daños, demandas, juicios, pérdidas o responsabilidad por daños a la propiedad, lesiones a las personas y de otros costos, gastos, honorarios de abogado, reclamos, demandas de juicios, pérdidas o responsabilidad de cualquier y toda naturaleza que surja en cualquier manera, directa o indirectamente, de, en conexión con, en el curso de, o en relación a mi participación en eventos y actividades juveniles, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA O DE LA NEGLIGENCIA CONJUNTA, RELATIVA O CONCURRENTE DE LOS INDEMNIZADOS. En caso que se tome alguna acción legal en contra de algún grupo para hacer cumplir alguno de los términos y condiciones estipulados en este formulario, se acuerda que el grupo que pierda el caso pagará al grupo que se imponga en él, todos los gastos de corte, honorarios razonables de abogados y gastos incurridos por el grupo que se imponga.

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR GRABACIONES AUDIO/VISUALES Y FOTOGRAFIAS

En ocasiones, durante actividades patrocinadas por parroquias o la diócesis se toman grabaciones visuales y auditivas, diapositivas fotográficas y fotografías. Éstas son utilizadas en boletines, sitios cibernéticos, promociones de eventos, anuncios y otros medios impresos de comunicación. Por medio de la presente, libero y estoy de acuerdo en proteger, indemnizar y defender total e incondicionalmente a (la parroquia) _____, la Diócesis Católica Romana de Dallas, y a sus respectivos oficiales, agentes y empleados (colectivamente "Indemnizados"), y exonero a todos los Indemnizados de y en contra de cualquiera y todos los costos, gastos, honorarios de abogados, reclamos de daños, demandas, juicios, pérdidas o responsabilidad por daños a la propiedad, lesiones a las personas (incluido yo mismo) y de otros costos, gastos, honorarios de abogado, reclamos, demandas de juicios, pérdidas o responsabilidad de cualquier y toda naturaleza que surja en cualquier manera, directa o indirectamente, de, en conexión con, en el curso de, o por el uso incidental o publicación de cualquier tipo de fotografías, videos u otras imágenes mías, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA O DE LA NEGLIGENCIA CONJUNTA, RELATIVA, O CONCURRENTE DE LOS INDEMNIZADOS.

Nombre de Contacto de Emergencia _____

Número Telefónico _____

Nombre de Contacto de Emergencia Adicional _____

Número Telefónico _____

Firma del Participante Adulto _____

Fecha _____

Nombre del Participante Adulto: _____

Información Médica:

La siguiente información es solicitada, pero no obligatoria.
Solo será utilizada en caso de emergencia.

Compañía de Seguros: _____

Número de Póliza: _____ Número de Identificación del Seguro: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____

Medicamentos:

Por favor indique a continuación los nombres de los medicamentos que toma en forma regular:

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

Inmunizaciones: (fecha de la última vacuna del tétanos/difteria) _____

¿Discapacidades o limitaciones físicas?: _____

¿Cualquier otra condición médica especial de la que debamos estar enterados? _____
