

Diócesis de Corpus Christi y/o Parroquia de:

Forma de exención de responsabilidad del Participante Adulto Y Forma de Autorización Médica

Nombre: _____

Dirección: _____ **Teléfono #** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Codigo Postal:** _____

Correo Electrónico: _____

Parroquia y Ciudad: _____

Nombre del Evento: _____ **Fecha del Evento:** _____

Dirección del Evento: _____

Proveedor de Seguro de Salud: _____

Número de Identificación de su seguro de Salud: _____ **Numero de Su póliza:** _____

Yo en nombre mío, mis herederos, sucesores, albaceas, representantes personales y protectores asignados, indemnizo, exento y mantengo indemne a la Diócesis de Corpus Christi y la parroquia de _____, y a sus funcionarios, directores, agentes, empleados, representantes asociados con este evento/viaje de todo daño, reclamo, demanda, gastos y pagos en cuentas de o como resultado de condiciones mencionadas o como resultado de cualquier lesión, muerte o daños a la propiedad, incluyendo como resultado de la negligencia de la Diócesis de Corpus Christi, y la parroquia y/o sus funcionarios, directivos y empleados que surja de o en conexión a mi participación en los eventos del ministerio de jóvenes. En caso de que cualquier acción legal surgiera por cualesquiera de las partes, en contra de la otra parte para esforzar cualquiera de los términos y las condiciones de este acuerdo, se ha acordado que la parte que no gane para esta acción debe de gana a la parte ganadora todo el costo de la corte, honorarios razonables de abogados y gastos incurridos por la para ganadora.

En el caso de que yo requiera tratamiento médico y no sea capaz de comunicar mis deseos a los médicos que asisten u a otro personal médico, doy consentimiento/permiso de recibir el tratamiento de emergencia necesario que sea administrado. Por favor informe al doctor que tengo las siguientes alergias:

En caso de una emergencia y para permiso de tratamiento más allá de los procedimientos de emergencia por favor póngase en contacto con:

Nombre de la Persona en caso de emergencia: _____

Su relación conmigo: _____

Teléfono durante el día #: _____ **Teléfono durante la Noche:** _____

(Firma)

(Fecha)