

[Please print parish name above.]

FORMULARIO CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS Y AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Yo, [escriba su nombre en letra de imprenta] _____, quien firma a continuación, he solicitado participar en [escriba el nombre del evento] _____ que está siendo patrocinado por [escriba el nombre de la parroquia] _____ (en lo sucesivo, la "Parroquia"), el cual se llevará a cabo el _____ de 20__ (y todas las actividades relacionadas con el mismo, incluyendo el transporte, denominadas colectivamente aquí como el "Evento"). En consideración a mi permiso para participar en el Evento:

Yo mismo, por medio de la presente, en nombre mío y de mis herederos, albaceas y administradores, libero, eximo para siempre, indemnizo y acepto eximir de responsabilidad a la Parroquia, la Arquidiócesis de Atlanta, sus respectivos sucesores, cesionarios, y sus respectivos funcionarios, directores, empleados y otros representantes; y a todos y cada uno de los supervisores, patrocinadores, organizadores, conductores y participantes en el Evento (en lo sucesivo, las "Partes Protegidas") de y contra todas y cada una de las pérdidas, lesiones (ya sea a personas o propiedades), costos y gastos (incluyendo honorarios, costos y gastos legales) y la responsabilidad resultante de, derivada de, o incurrida, sufrida o sostenida de cualquier modo en relación con el Evento. (Según se utiliza en el presente documento, la "Arquidiócesis de Atlanta" se refiere al Arzobispo de la Arquidiócesis Católica Romana de Atlanta, la Arquidiócesis Católica Romana de Atlanta, Inc. y RCAA Administrative Services, Inc.)

Yo mismo, por medio de la presente, autorizo también a la Parroquia o la Arquidiócesis de Atlanta para publicar fotos grupales (incluyendo fotos mías en las que aparezca al menos otra persona) que se tomen en el Evento.

Yo mismo, por medio de la presente, autorizo también a las Partes Protegidas o a una o más de las Partes Protegidas a buscar tratamiento de emergencia para mí en caso de que me vea involucrado en un accidente u otro incidente o de que resulte herido de alguna manera durante el Evento o en un hecho relacionado con el mismo. Entiendo que, en cualquier situación de este tipo, se hará todo lo posible por comunicarme con el contacto de emergencia que se identifica al final de este documento. Hasta el momento en que se haya contactado a dicho contacto de emergencia, por medio de la presente, autorizo al médico tratante a hospitalizarme o a ordenar o, de otra manera, disponer que reciba las inyecciones, la anestesia, la cirugía u otro tratamiento que, a juicio de dicho médico tratante, sean necesarios o aconsejables y apropiados.

Yo mismo, por medio de la presente, en nombre mío y de mis herederos, albaceas y administradores, acepto también que durante la duración del Evento soy y seré legalmente responsables de todas y cada una de las pérdidas, lesiones (ya sea a personas o propiedades), costos y gastos (incluyendo honorarios, costos y gastos legales) y responsabilidades resultantes de, derivadas de, o incurridas, sufridas o de otra manera sostenidas de cualquier modo en conexión con o por razón de mis acciones, conducta, comportamiento u omisiones durante el Evento.

Certifico que estoy cubierto por una póliza de seguro de salud y que la siguiente información con respecto a la póliza y a mí es correcta.

Compañía aseguradora: _____ **No. de póliza:** _____

No. de teléfono de la compañía aseguradora: _____ **Fecha de nacimiento del participante:** _____

Mi número de teléfono celular: _____

Yo soy alérgico a: _____ **Medicamentos actuales (y dosis):** _____

Otra información médica, física o general pertinente: _____

En caso de emergencia, notifique a: _____ **Teléfono:** _____ **Relación:** _____

Iniciales del solicitante: _____

Política de Protección de Niños y Jóvenes

La política de la Arquidiócesis de Atlanta es que todos los voluntarios adultos completen y cumplan con los requisitos de Ambiente Seguro y se sometan a una verificación de antecedentes antes de trabajar como voluntarios con cualquier joven. Es posible que se necesite documentación adicional. *Si aún no está autorizado o si su documentación ha expirado, se le solicitará que complete la documentación, incluyendo una verificación de antecedentes.*

Al firmar este formulario, yo certifico que toda la información aquí contenida es veraz y correcta según lo mejor de mi conocimiento.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra de imprenta: _____