



Adult Consent Form & Liability Waiver

(Esta forma se requiere para participantes adultos o chaperones que asistan a viajes).

Esta forma debe ser completada por individuos mayores de 18 años (que no estén en escuela secundaria). Individuos mayores de 18 años en escuela secundaria, debe completar la Forma de Consentimiento Parental/Guardián & Relevo de Responsabilidad.

Información del Participante

Nombre:				
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de casa:		Celular:	Del Trabajo:	
Nombre Médico Primario:		Teléfono:		
Correo Electronico:		Ultimos 4 Digos de su Seguro Social:		
Evento & Localización:		Fecha & Hora:		
<input type="checkbox"/> Transportación Proporcionada <input type="checkbox"/> Transportación No Proporcionada		Método de Transportación:		

Por la presente renuncio a cualquier reclamación en contra de, y LIBERO, EXIMO E INDEMNIZO, a (nombre de entidad) _____, la Diócesis de Orlando, y cualquiera de sus religiosos, empleados, personal, voluntarios, agentes y representantes de cualquier reclamación, responsabilidad, pérdida, daños, costos o gastos surgidos de mi participación en este evento. Relevo dichas reclamaciones en contra cualquier organización o persona, que surjao directa o indirectamente de o sea atribuible de algún modo legal, a alguna acción u omisión para actuar de dicha organización o persona en conexión con la ejecución de este evento. Autorizo tratamiento por un medico con licencia o un equipo médico con licencia en caso de un accidente o enfermedad que pueda surgir, o cualquier hospitalización que sea necesaria.

La siguiente información es pertinente si usted está inconsciente

Fecha de Nacimiento (incluyendo el año):	Edad:	Fecha de la última vacuna de Tétano:
Favor de indicar TODAS las condiciones médicas/alergias/información especial de salud:		
Favor de indicare TODOS los medicamentos (prescritos o no prescritos) que desea que sepamos:		

Información de Seguro

¿Tiene Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si tiene, favor proveer la siguiente información:	
Compañía de Seguro:		
Póliza a nombre de:	Número de Póliza:	
Nombre de contacto de emergencia:	Teléfono:	Lenguaje del contacto de emergencia:

En caso de que el participante no tenga seguro, el pago en su totalidad pro servicio médicos es responsabilidad del paciente.

Firma

Fecha

Al firmar en esta linea estoy de acuerdo en regirme por todas las políticas y reglas establecidas para este evento. Si no puedo mantener las directrices y expectativas para este evento, entiendo que habrá consecuencias por mis actos lo que puede incluir que me pida salir y dejar el evento.