

Esta es una forma de 2  
paginas. Favor de  
completar al reverso.

# Ciudad de Carpintería

Programas Recreativos



## FORMA DE LIBERACION DE EMERGENCIA MEDICA Y CONSENTIMIENTO

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/Guardian \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Seguro medico: \_\_\_\_\_ No. de póliza: \_\_\_\_\_

### OTRA PERSONA ADEMÁS DE LA ANTERIOR PARA NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL DOCTOR \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cogido Postal: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE SALUD DEL PARTICIPANTE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma                              | <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Condición cardiaca _____  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                         | <input type="checkbox"/> Discapacidad física _____ |
| <input type="checkbox"/> Malestares estomacales frecuentes | <input type="checkbox"/> Otro _____                |

### ALERGIAS CONOCIDAS

- Fiebre del Heno
- Piquetes de insecto
- Alergias a medicinas
- Otro

Fecha de la ultima vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_

Nombres y dosis de cualquier MEDICAMENTO REQUERIDO

\_\_\_\_\_

Por favor explique en detalle TODOS LOS ARTICULOS marcados anteriormente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de que yo no pueda ser localizado/a en una emergencia, por este medio doy mi permiso y autorización para que el doctor o dentista seleccionado por el personal de emergencia relacionado para hospitalizar, asegurar tratamiento adecuado, y/u ordenar una inyección, anestesia, o cirugía para mi hijo/a o custodia como sea necesario.

Firma de Padre/Madre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor complete al reverso #

**CIUDAD DE CARPINTERIA**  
**PROGRAMAS DE OCEANO RECREATIVOS**  
**LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ACUERDO NO DEMANDAR**



Yo, \_\_\_\_\_, entiendo plenamente que mi participación y/o la participación de mi hijo en cualquier programa oceánico recreativo de La Ciudad de Carpinteria me expone a mí y/o a mi hijo al riesgo de lesiones personales, enfermedades transmisibles, enfermedades, virus, vida marina peligrosa, daños a la propiedad o muerte. Por la presente reconozco que yo y/o mi hijo participamos voluntariamente en los programas recreativos y que el transporte puede ser proporcionado por otros vehículos. Entiendo que otras formas de transporte como los coches compartidos no están incluidos en el programa y acepto asumir tales riesgos para mí y / o mi hijo.

Por la presente libero, descargo y acepto no demandar a la Ciudad de Carpinteria, por cualquier lesión, enfermedad transmisible, enfermedad, virus, muerte o daño o pérdida de propiedad personal que surja de o en relación con mi participación en los programas recreativos, incluyendo la negligencia activa o pasiva de la Ciudad de Carpinteria o cualquier otro participante en los programas recreativos.

En consideración a que se me permita participar en los programas recreativos, por la presente estoy de acuerdo en nombre de mí mismo y/o niño, mis herederos, administradores, ejecutores y cesionarios, que indemnizaré y eximiré a la Ciudad de Carpinteria de cualquier y todas las reclamaciones, demandas, acciones o demandas que surjan de o en relación con mi o la participación de mi hijo en los programas recreativos. Además, doy a la Ciudad mi consentimiento para permitir que cualquier fotografía/videos tomados de mí o de mi hijo mientras participa en cualquiera de los programas recreativos de la Ciudad sea utilizado por la Ciudad para fines promocionales.

He leído atentamente esta versión, mantengo inofensivo y acepto no demandar y comprender plenamente su contenido. Soy consciente de que es una liberación completa de toda responsabilidad y firmarlo voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
**Nombre del participante (impresión)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de la firma (participante/padre/tutor)**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Nombre impreso Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Dirección de correo electrónico**