

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADULTOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Oficina de Ministerio con Adolescentes | Diócesis de Jefferson City

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Masculino Femenina (marque uno)

Parroquia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO & EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Evento y lugar: \_\_\_\_\_

Fecha y hora: \_\_\_\_\_

Método de transporte: \_\_\_\_\_

Reconozco haber recibido la hoja de información adjunta que describe el evento/actividad planificada.

Reconozco que la Diócesis de Jefferson City proporciona transporte hacia y desde el evento/actividad. Reconozco y acepto el riesgo de este transporte. Cumpliré con las reglas y procedimientos de la Diócesis. También RENUNCIO A CUALQUIER RECLAMO CONTRA, LIBERO Y MANTENGO INDEMNEMENTO a la Diócesis de Jefferson City, la Parroquia y cualquiera de sus religiosos, empleados, voluntarios, agentes y representantes de cualquier responsabilidad, reclamo, demanda y causa de acciones y reclamos que surjan o se relacionen con cualquier pérdida, daño o lesión sufrida en relación con o que surja de mi participación en el evento/actividad, incluido el transporte hacia y desde el evento/actividad.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## CONSENTIMIENTO DE VIDEO/FOTOGRAFIA

Se informa a los participantes que se pueden utilizar fotografías o videos de los participantes en publicaciones, sitios web u otros materiales producidos ocasionalmente por la Oficina de Ministerios con Adolescentes y Jóvenes Adultos y/o la Diócesis de Jefferson City. (Sin embargo, los nombres de los participantes no se identificarían sin un consentimiento específico por escrito.) Tenga en cuenta que la Parroquia no tiene control sobre el uso de fotografías o videos tomados por medios de comunicación de terceros que puedan estar cubriendo el evento en el que usted participa.

Por la presente asigno expresamente a la Diócesis de Jefferson City y a todos sus agentes todos los derechos, títulos e intereses sobre todas las fotos/grabaciones de video realizadas por tales en las que aparezco y/o se usa mi voz en y en relación con con la grabación en video de este evento. Por la presente autorizo la reproducción, venta, arrendamiento, derechos de autor, exhibición, transmisión y/o cualquier distribución de dichas fotos/videos/grabaciones sin limitación para cualquier propósito; y además renuncio a todos los derechos de cualquier compensación por mi aparición o participación en las fotos/videos/grabaciones.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Información médica

### Asuntos Médicos

Por la presente reconozco que asumo toda la responsabilidad por mi salud.

### Información de contacto para emergencias

En caso de una emergencia por favor comuníquese con:

Nombre y Relación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Médico de la familia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

**Información sobre condiciones médicas:** (El personal diocesano tomará las precauciones razonables para asegurarse de que la siguiente información se mantenga confidencial).

Yo:

- soy alérgico a los siguientes medicamentos \_\_\_\_\_
- he tenido un episodio de lo siguiente o he sido diagnosticado con: Convulsiones Asma Diabetes
- he tenido reacciones alérgicas a los siguientes (alimentos, colorantes, látex, etc.) \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido una cirugía médica en los últimos seis meses? Sí No ¿Aún está bajo el cuidado de un médico? Sí No
- Tengo una dieta prescrita médicamente (*por favor explique*) \_\_\_\_\_
- Tengo las siguientes limitaciones físicas \_\_\_\_\_
- ¿Vacunas al corriente y al día? Sí No Fecha de la última vacuna contra el tétanos/difteria \_\_\_\_\_
- También debe tener en cuenta estas condiciones médicas especiales mías: \_\_\_\_\_

### Información del seguro:

No, no tengo seguro médico en este momento. (marque si corresponde)

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Número de póliza de seguro: \_\_\_\_\_

**En caso de que el participante no tenga seguro, el pago total de la atención médica se convierte en responsabilidad del participante.**

Entiendo completamente las declaraciones anteriores y firmo este Formulario de Consentimiento para Adultos, Exención de Responsabilidad y Consentimiento Médico consciente, libre y voluntariamente.

Firma del participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_