

# FORMULARIO PARA ADULTOS DE CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Oficina de Pastoral Juvenil | Diócesis de Jefferson City

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

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código \_\_\_\_\_

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

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

## CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

**Evento y Locación:** \_\_\_\_\_

**Fecha y Tiempo:** \_\_\_\_\_

**Método de Transporte:** \_\_\_\_\_

Reconozco de la hoja informativa adjunta que describe el evento planificado / actividad.

Reconozco que la Diócesis de Jefferson City proporciona transporte hacia y desde el evento / actividad. Reconozco y asumo el riesgo de este transporte. Cumpliré con las reglas y procedimientos de la Diócesis. También renuncio a cualquier reclamo en contra, y **LIBERO Y MANIFIQUEMO INDEBIDAMENTE E INDEMNIZA**, a la Diócesis de Jefferson City, a la Parroquia y a cualquiera de sus y / o sus religiosos, empleados, voluntarios, agentes y representantes de cualquier responsabilidad, reclamaciones, demandas y causas de acción y reclamos que surjan de o relacionados con cualquier pérdida, daño o lesión sufridos en relación con o que surjan de mi participación en el evento / actividad, incluido el transporte hacia y desde el evento / actividad

\_\_\_\_\_  
Firma de participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## VIDEO/FOTOGRAFIA CONSENTIMIENTO

Participantes están avisados que las fotografías o videos de los participantes se pueden utilizar en publicaciones, sitios web u otros materiales producidos ocasionalmente por la Oficina del Ministerio de la Juventud y Jóvenes Adultos y / o la Diócesis de Jefferson City. (Sin embargo, los participantes no serán identificados sin un consentimiento específico por escrito). Tenga en cuenta que la Parroquia no tiene control sobre el uso de fotografías o películas tomadas por los medios 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, y todas las fotos / grabaciones de video hechas por tales en las que aparezco y / o mi voz es utilizada en y en conexión con el video de este evento. Por la presente autorizo la reproducción, venta, alquiler, derechos de autor, exhibición, difusión y / o cualquier distribución de dichas fotos / cintas de video sin limitación para cualquier propósito; y también renuncio a todos los derechos a cualquier compensación por mi apariencia o participación en las grabaciones de fotografías / video.

\_\_\_\_\_  
Firma de participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

(CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE - POR FAVOR COMPLETE AMBAS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO)

Favor de imprimir de forma legible

**Asuntos médicos**

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

**Información de Contacto de Emergencia**

En caso de emergencia, contáctese:

Nombre y relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Médico de familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

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

Yo soy:

- Alérgico a los siguientes medicamentos \_\_\_\_\_
- Han tenido un episodio de lo siguiente o han sido diagnosticados con:  Convulsiones  Asma  Diabitis
- Ha tenido reacciones alérgicas a los siguientes (alimentos, tintes, látex, etc.) \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido una cirugía médica en los últimos seis meses?  Si  No      Todavía bajo cuidado médico?  Si  No
- Tener una dieta prescrita médicamente (por favor explique) \_\_\_\_\_
- Tengo las siguientes limitaciones físicas \_\_\_\_\_
- ¿Vacunas corrientes y actualizadas?  Si  No      Fecha de la última vacunación contra el tétanos / difteria \_\_\_\_\_
- También debe saber de estas condiciones médicas especiales: \_\_\_\_\_

**Información del seguro:**  No, no tengo seguro médico en este momento (marque con un círculo si corresponde))

Aseguradora: \_\_\_\_\_ 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, renuncia de responsabilidad civil y Consentimiento médico a sabiendas, libremente y de buena gana.

\_\_\_\_\_  
Firma de participante

\_\_\_\_\_  
Fecha