

# Formulario de Conformidad Para Adultos

Este formulario debe de ser completado por cada adulto y chaperón que asista al evento.

## Acuerdo para eximir de toda responsabilidad/Consentimiento Médico

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo), estoy de acuerdo en nombre de mi mismo(a), mis herederos, sucesores, cesionarios, a eximir de responsabilidades y defender \_\_\_\_\_ (nombre de parroquia/escuela), sus funcionarios, directiva, empleados y agentes empleados, y la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, acompañantes, o representantes que están vinculados con el evento, de cualquier reclamación que surja de o en conexión con mi asistencia al evento o en conexión con una enfermedad o lesión (incluyendo muerte) o costos de tratamiento médico en conexión con el mismo, y estoy de acuerdo de compensar a la parroquia, sus funcionarios, directivos y agentes, y la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, o representantes que están vinculados con el evento los honorarios razonables de abogado y gastos que puedan incurrir en cualquier acción contra ellos como resultado de tales lesiones o daños, a menos que tal reclamación resulte de la negligencia de la parroquia/diócesis.

***Sé que debo y defenderé las políticas y prácticas del departamento de Safe Environment (Departamento de Ambiente Seguro) de la Arquidiócesis de Nueva York.***

En el caso de que necesite algún tratamiento médico y no pueda comunicar mis deseos a los médicos u otro personal médico, doy permiso para que se administre cualquier tratamiento de emergencia que sea necesario. Por favor avise a los doctores de lo siguiente:

Alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Opcional) Condiciones médicas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Opcional) Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de una emergencia y para un permiso de tratamiento más allá de los procedimientos de emergencia, por favor de comunicarse con:

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

Relación: \_\_\_\_\_

Tel. celular: (     ) \_\_\_\_\_ Tel. alternativo: (     ) \_\_\_\_\_

Compañía de seguro medico: \_\_\_\_\_

No. de póliza: \_\_\_\_\_ No. de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprima nombre: \_\_\_\_\_