

Nombre de la parroquia _____
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN & LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE
TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA PARA ADULTOS**

Por medio de la presente yo, *(por favor escriba)* _____, en nombre propio, y en nombre de mis herederos, albaceas y administradores; renuncio, absuelvo, libero y acepto mantener indemne de daño a todos y cada uno de los adultos que actúen como acompañantes durante estos fines de semana, y a la Arquidiócesis de Atlanta, sus representantes, cesionarios, patrocinadores, organizadores y participantes, debido a cualquier lesión relacionada con (_____) patrocinado por (_____). Igualmente libero de responsabilidad a cualquier persona que me transporte desde y hasta cualquiera de las actividades. También autorizo a buscar atención médica de emergencia si ocurre cualquier lesión o accidente. Otorgo permiso para la publicación de fotografías de grupo (dos o más personas) tomadas durante este evento.

También autorizo a buscar cualquier tipo de atención médica de emergencia si estoy involucrado en algún accidente o me lesiono de alguna forma durante los eventos anteriormente mencionados. Entiendo que en dicha instancia, se hará todo lo posible por contactar a la persona de emergencia listada a continuación. En el evento de que esa persona no pueda ser contactada y yo este incapacitado(a), autorizo al médico de turno a que me hospitalice, inicie tratamiento y ordene inyecciones, anestesia y/o cirugía si lo considera necesario.

También acepto que soy legalmente responsable de mis actos, y soy responsable financieramente de todos y cada uno de los daños, tarifas legales y cualquier otro gasto que surja como resultado de mi acción, omisión o comportamiento durante este evento.

Compañía de seguro: _____ **Póliza #:** _____

Teléfono de la compañía de seguro #: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Alergias: _____

Medicamentos que consume actualmente (y dosis): _____

Cualquier otra información médica, física o general que considere importante: _____

Contacto de emergencia: _____ **Teléfono:** _____ **Relación:** _____

Política de protección de niños y jóvenes

Es política de la Arquidiócesis de Atlanta que todo adulto voluntario complete y apruebe los requisitos del programa de Ambiente Seguro, así como una verificación minuciosa de antecedentes antes de ser voluntario junto a un menor. Otra documentación podría llegar a ser necesaria. *Si su información aún no se ha aclarado, o si su documentación ha expirado, se le pedirá llenar documentación adicional, incluyendo una verificación de antecedentes.*

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Nombre en letra imprenta: _____

Con la suscripción del presente formulario, certificó que toda la información aquí contenida es cierta y correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento.