

RELEVO DE RESPONSABILIDAD E INFORMACIÓN MÉDICA PARA ADULTOS

Diócesis de San Agustín

Yo, _____, para y en consideración de que se me permita participar en el programa de
(Escriba su nombre)

_____ en _____, 20____.
(Escriba el nombre de la actividad, evento, etc.) (fecha o fechas del evento)

en mi nombre y en el de mis representantes personales, herederos y parientes más cercanos, por éste medio relevo y eximo de toda responsabilidad a la Diócesis de San Agustín, Felipe J. Estévez, Obispo de la Diócesis de San Agustín, una corporación única, Obispo Felipe J. Estévez, de forma individual, a todos los organizadores de éste programa y éste evento, todos los voluntarios, acompañantes, empleados y agentes de dichas partes y, sus representantes o designados personales, por las pérdidas o daños a causa de una lesión a la persona o a la propiedad personal del mismo, o la muerte, causada por la negligencia de las partes relevadas o de otra manera, mientras yo esté comprometido en el programa que se ha indicado anteriormente, cualquiera de sus actividades, o en rumbo hacia y desde el programa o las actividades del programa que se señaló anteriormente. Estoy de acuerdo expresamente que esta dispensa, y acuerdo de indemnización está destinada a ser tan amplia e inclusivo como se permite por las leyes del Estado de Florida, y que si alguna disposición de este acuerdo se declara inválida, se acuerda que el resto, no obstante, se mantendrá legalmente válida y en efecto. En caso de cualquier emergencia, que requiera atención médica o de otro tipo, por la presente autorizo a las partes relevadas para que yo sea transportado(a) a un hospital o facilidad similar para emergencias médicas, el tratamiento dental, anestesia o cirugía. También estoy de acuerdo en pagar por cualquier y todos los gastos incurridos en relación con la emergencia y dicho tratamiento.

TESTIGO

FECHA

FIRMA

FECHA

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

FL Código Postal: _____ Teléfono (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____

En caso de emergencia, notificar:

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Relación: _____

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____ - _____ Relación: _____

Nombre del médico de familia: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

¿Tiene seguro?: Sí o No

Compañía: _____ Póliza de Seguro No.: _____
(Adjuntar copia de la tarjeta de seguro)

Enumere Medicamentos / Actuales/Dosis _____

Enumere Condiciones / síntomas médicos _____

Lista de alergias / reacciones / tratamiento de emergencia

Fecha de la última vacuna antitetánica _____