



FORMA C FORMA DE DECLARACIÓN MEDICA Y RESPONSABILIDAD DE LÍDER/ACOMPAÑANTE DE MINISTERIO JUVENIL DE ADULTOS

Yo, _____, por este medio libero, indemnizo, mantengo indemne a la Diócesis de Jackson, la parroquia, su personal y voluntarios de toda responsabilidad, demanda, perdida, daño y costo o gasto que surja de la participación de cualquier evento. Renuncio a cualquier demanda que tenga en contra de tal organización o persona que surja directa o indirecta de una situación legal, a consecuencia de un acto o negligencia de tal organización o persona en conexión con la ejecución de cualquier evento. Yo autorizo tratamiento por un médico certificado o equipo auxiliar médico profesional por cualquier accidente o enfermedad que surja y hospitalización si es necesaria. Además, entiendo y reconozco que mi participación en este viaje es voluntaria. En consideración a esto y a otras cosas, que Yo libero, indemnizo, y mantengo indemne a los acompañantes y sus asistentes de cualquier responsabilidad por mi lesión física, incluyendo enfermedad y muerte. Doy mi consentimiento de liberar, indemnizar y mantener indemne y estoy de acuerdo en mantener indemne a los acompañantes de cualquier demanda que surja o resulte de este viaje. Estoy de acuerdo y concedo mi liberación, indemnización y eximición de responsabilidad que estén vinculados con mis bienes, mis herederos, representantes personales y calificados. Entiendo que la Iglesia Católica Romana, la Diócesis Católica Romana de Jackson o cualquier Iglesia/Parroquia Católica Romana no debe ser responsable, en cualquiera de sus formas, por cualquier lesión, incluyendo enfermedad o muerte que pueda ocurrir durante este evento. Estoy de acuerdo en acatar los valores morales de la Iglesia Católica Romana mientras superviso los menores que estén a mi cuidado.

Ya he cumplido con el entrenamiento de Protección y Seguridad de los Niños y me he sometido a una verificación de antecedentes personales como lo ordena la Diócesis Católica de Jackson, y ambos están actualizados.

Nombre Completo _____

Dirección: Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Parroquia y Pueblo _____ Teléfono de Casa _____ Teléfono Celular _____

Nombre del Médico _____ Número Telefónico del Médico _____

La siguiente información es importante y necesaria en caso de que quedes inconsciente.

Fecha de Nacimiento {incluyendo el año} _____ Edad _____ Fecha de la última Vacuna del Tétanos _____

Por favor escriba TODOS los nombres del medicamento con y sin receta médica que esté tomando.

_____ No, tengo seguro médico.
 _____ Si, tengo seguro médico.

Aseguradora: _____ Nombre del Asegurado: _____

Número de Póliza: _____ Nombre de Contacto, en caso de Emergencia: _____

Teléfono de Contacto, en caso de Emergencia: _____

Por favor incluya una copia del seguro médico (ambos lados).

El pago completo por el cuidado médico es responsabilidad del paciente.

Al firmar esta Forma de Responsabilidad y Declaración Medica estoy de acuerdo en acatar el Código de Conducta en cualquiera de sus formas del evento específico. Si no soy capaz de seguir los lineamientos y expectativas de los acompañantes adultos; entiendo que habrá consecuencias por mis acciones, las cuales me pueden pedir que abandone el evento. Al firmar la Forma C,FORMA DE DECLARACIÓN MEDICA Y RESPONSABILIDAD DE LÍDER/ACOMPAÑANTE DE MINISTERIO JUVENIL DE ADULTOS, certifico que toda la información contenida en esta forma es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento. Esta forma es válida por un periodo de seis años.

 Firma de Líder/Acompañante del Ministerio Juvenil Adulto

 Firma de Líder/Acompañante del Ministerio Juvenil Adulto

 Fecha