

FORMULARIO DE PERMISO, LIBERACIÓN Y AUTORIZACIÓN
PARA BUSCAR TRATAMIENTO MÉDICO
(rev. 7-9-2020)

1. Yo, el abajo firmante, participaré en la Actividad descrita en el Formulario de Información de Actividad (la "Actividad") y eximiré de toda obligación, indemnizar y eximir de responsabilidad a _____ (escribir nombre de la parroquia y escuela) ("Parroquia y Escuela"), la Arquidiócesis de Cincinnati (la "Arquidiócesis"), el arzobispo de Cincinnati (el "Arzobispo"), tanto individualmente como fiduciario de la Arquidiócesis, todas las parroquias y escuelas dentro de la Arquidiócesis y todos sus agentes, representantes, voluntarios y empleados, de cualquier responsabilidad, reclamos, juicios y daños, gastos, incluidos los honorarios de abogados, derivados de cualquier lesión, enfermedad, enfermedad infecciosa y/o transmisible (como SARM, gripe o COVID – 19) o la muerte (incluyendo cualquier lesión, enfermedad, enfermedad infecciosa y/o transmisible o muerte causada por negligencia de la Parroquia y la Escuela, el Arzobispo, la Arquidiócesis, cualquier parroquia o escuela dentro de la Arquidiócesis, o cualquiera de sus agentes, representantes, voluntarios o empleados) incurridos por mí mientras participaba en la Actividad, viajaba hacia o desde la Actividad o mientras usaba las instalaciones y el equipo de la Parroquia y Escuela. Además, acepto no presentar, enjuiciar o permitir que se interpongan o enjuicien (incluyendo, pero no limitado a, el procesamiento a través de la subrogación) en mi nombre cualquier reclamo, demanda o acción contra la Parroquia y la Escuela, el arzobispo, la Arquidiócesis o sus agentes, representantes, voluntarios y empleados.

2. Entiendo que mi participación en la Actividad es puramente voluntaria y es un privilegio y no un derecho y que acepto participar en la Actividad a pesar de los riesgos, lesiones, enfermedades, enfermedades infecciosas y/o transmisibles (como SARM, gripe o COVID-19) y la muerte. Si tengo problemas de salud subyacentes que pueden ponerme en mayor riesgo de contraer COVID-19 o que posiblemente aumentarían la gravedad de la enfermedad si COVID-19 es contraído, entonces acepto consultar con un profesional de la salud antes de participar en la Actividad.

3. Acepto cooperar con los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o la Arquidiócesis que están a cargo de la Actividad.

4. Autorizo a los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o de la Arquidiócesis que actúan como líderes de la Actividad a buscar tratamiento médico para mí en caso de cualquier lesión, enfermedad o emergencia médica durante la Actividad o viaje relacionado. Entiendo que los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o la Arquidiócesis harán un intento razonable de comunicarse con la persona que aparece a continuación como mi contacto de emergencia tan pronto como sea posible en caso de una emergencia médica.

5. *Por favor marque.* Yo acepto no acepto que la Parroquia y Escuela y/o la Arquidiócesis use mi retrato o fotografía para fines promocionales, sitio web y otras funciones de oficina.

6. *Por favor marque.* Yo acepto no acepto que la Parroquia y Escuela y/o la Arquidiócesis utilice las redes sociales y la tecnología para comunicarse conmigo con respecto a las Actividades relacionadas al ministerio de la parroquia/escuela.

7. Este Permiso, Liberación y Autorización está destinado a ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley del Estado de Ohio, y si alguna parte del presente se declara inválida, se acuerda que el saldo continuará, no obstante, en pleno vigor y efecto legal. Este Permiso, Liberación y Autorización se interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Ohio, excluyendo, e independientemente de, cualquier elección de principios legales en sentido contrario.

8. La Parroquia y Escuela, la Arquidiócesis, el arzobispo y sus agentes, empleados y voluntarios no tendrán ninguna responsabilidad en caso de que la Actividad sea cancelada, total o parcialmente por cualquier pandemia presente o futura, epidemia, enfermedad o enfermedad generalizada, preocupación de salud pública o circunstancias derivadas de las mismas o de las acciones tomadas por cualquier autoridad gubernamental o municipal para prevenir, evitar o mitigar sus impactos.

9. He leído cuidadosamente y entiendo y acepto los términos y condiciones aquí establecidos y reconozco y acepto que este Permiso, Liberación y Autorización es para Buscar Tratamiento que será eficaz y necesario para mí y mis representantes personales, patrimonios, beneficiarios, herederos y parientes más cercanos. He firmado abajo por mi propia voluntad.

Firma: _____ Fecha ___/___/_____

Nombre: _____ Dirección postal: _____

Lugar de trabajo y dirección: _____

Núm. de teléfono (celular): _____; (otro Núm. de teléfono.): _____

Nombre y Núm. de teléfono de su Contacto de Emergencia:

FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA
Favor de imprimir

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Alergias (por ejemplo, alimentos, medicinas, anestésicos):

Medicinas que toma regularmente:

Condiciones Médicas/Deterioros (por ejemplo, epilepsia, diabetes, asma):

Doctor Familiar: _____ Núm. de teléfono: _____

Núm. (celular): _____; (Otro Núm. de teléfono.): _____

Nombre y Núm. de teléfono de su Contacto de Emergencia:

FORMULARIO DE *INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD*
Completar por el organizador – Favor de imprimir

Organizador _____ Actividad _____

Ubicación _____ Núm. de Emergencia _____ Costo _____

Fecha y hora de inicio _____ Lugar de Reunión _____

Fecha y hora de finalización _____ Lugar de Reunión _____

—

Actividades involucradas _____

Tipo de transporte (si existe) _____

Líder del Grupo _____ Núm. de teléfono _____

—

Otra Información _____

_____ Marque aquí si se adjunta información adicional.