



Arquidiócesis de Seattle

Formulario de Exoneración de Responsabilidad legal y Médica para Adultos

Cada participante adulto, incluyendo líderes de grupos y acompañantes, deberá llenar este formulario

Nombre del Participante: _____

Dirección: _____

Tel. de casa: _____ Tel. del trabajo: _____

e-mail: _____

Yo, (Participante) _____, fui aceptado en condición de participante al evento auspiciado por esta organización, el cual requiere de transporte fuera de las instalaciones de la organización. Esta actividad se realizará bajo la dirección y guía de empleados y/o voluntarios de la organización _____ (Nombre de la Organización)

Descripción de la Actividad/Evento:

Tipo de evento: _____

Dirección del evento: _____

Fecha del evento: _____ Costo: _____

Hora estimada de partida: _____ Hora estimada de regreso: _____

Modo de transporte hasta, desde y durante el evento: _____

Yo (participante) _____, acuerdo, por parte propia, de mis herederos, sucesores, representantes designados, ejecutores y representantes legales, eximir de toda responsabilidad legal y defender a (Organización) _____, sus oficiales, directores y agentes y a la Corporación del Arzobispado de Seattle y/o representantes vinculados con el evento, de reclamos, demandas, acciones, responsabilidades, pérdidas, sentencias, y daños consecuentes con relación a mi participación en este evento, incluyendo reclamos que surjan por cuenta de lesiones físicas o tratamiento médico prestado a mi persona durante mi participación y me comprometo a compensar a la organización, sus oficiales, directores, y agentes, y a la Corporación del Arzobispado de Seattle, o representantes vinculados con el evento por honorarios razonables de abogados y gastos incurridos en la demanda.

En la eventualidad de requerir asistencia médica y estar incapacitado para expresar mi preferencia en la elección de profesionales u otro personal médico, doy mi consentimiento para recibir la atención médica de emergencia que sea necesaria.

Favor informar a los médicos de las siguientes alergias:

En caso de emergencia y para tratamiento que sobrepase los procedimientos de emergencia, favor contactar a:

Nombre: _____ Relación: _____

Tel. de día: _____ Tel. de noche: _____

Seguro Médico: _____ Nro. de Póliza: _____

Firma: _____ Fecha: _____