



CONSENTIMIENTO DE AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE YOUNG LIFE

Yo (o mi hijo/a) voy a participar en una de las actividades de Young Life: _____
 Ingresar aquí la descripción de la actividad.

IMPORTANTE PARA LOS PARTICIPANTES/PADRES O TUTORES: Young Life desea que la experiencia de su niño sea segura y saludable. No obstante, en caso de accidente o enfermedad, es importante para nosotros tener la siguiente información:

Nombre del participante _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____
 Apellido Nombre Segundo nombre

Información de contacto en casa _____
 Nombre del padre/tutor/cónyuge Número

Dirección de casa _____

Información de contacto en caso de emergencia (Diferente a la anterior) _____
 Nombre Número

¿Tiene alergias o alguna otra necesidad médica? _____

Límites en actividades _____

Nombre del médico _____ Teléfono del médico _____

Compañía de seguro médico _____ Número de la póliza _____

Información del Contacto Alternativo (diferente que el de arriba) _____
 Nombre, Número

ACUERDO DE INDEMNIDAD Y CONTRATO:

No trataré de hacer responsable a Young Life por ninguna pérdida, daño o lesión a personas o propiedad como resultado de actos o negligencia de parte de otras personas, o causadas en cualquier manera por un acto voluntario o negligente por parte de Young Life, sus agentes y empleados y eximo de toda responsabilidad a Young Life por daños o demandas contra Young Life que puedan surgir de cualquier manera o puedan estar relacionadas con dicha pérdida, daño o lesión.

Absuelvo a Young Life, incluidos sus representantes, empleados y agentes, de toda lesión corporal, incluso la muerte, o enfermedad mía o de mi hijo/a mientras participe en la actividad. Yo/nosotros asumimos todos los riesgos asociados con la misma, ya sea conocidos o desconocidos para mí o para nosotros en este momento. Esta autorización también incluye todas las demandas de mi familia, sucesión, herederos, representantes personales o cesionarios.

Autorización para recibir tratamiento: Yo/nosotros por medio de la presente damos permiso para que el personal médico que elija Young Life obtenga y administre tratamiento y para que mantenga o comparta todos los historiales médicos necesarios para fines de seguro médico como se indica en los reglamentos de HIPAA, y para proporcionar o coordinar el transporte necesario para la persona antes nombrada. Para obtener una copia de las Políticas de privacidad de Young Life, visite www.younglife.org o llame al (719) 381-1950.

Verifico que yo o el niño nombrado anteriormente me/se encuentra en buena salud y puedo/e participar en actividades enérgicas, y cuando sea necesario, ajustaré mis actividades a los límites de mi/su salud física.

Reconozco que todo tratamiento médico que reciba yo o mi hijo/a mientras participe en actividades de Young Life, lo pagará mi compañía de seguro médico y garantizo el pago de los servicios que no pague el seguro médico. Young Life provee seguro SECONDARIO para accidentes en la cantidad de \$20,000 médico, \$4,000 dental. Demandas menores de \$250 están cubiertas cien por ciento por Young Life.

Por medio de la presente autorizo a Young Life para que utilice, reproduzca o distribuya fotografías, películas, video o grabaciones de sonido míos o de mi hijo/a sin compensación o aprobación alguna, con el fin de utilizarlos en materiales elaborados para fines de promover las actividades de Young Life, incluso Internet.

Firma _____ Fecha _____