

RENUNCIA ADULTA DE RESPONSABILIDAD

Cada participante adulto, incluyendo los líderes y representantes del grupo,
tiene que firmar esta forma:

Parroquia/Escuela: _____

Naturaleza de la Actividad: _____

Fecha: _____

Duración: _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, INDEMNIZACIÓN, y INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, _____, estoy de acuerdo en nombre de yo mismo, mis
Nombre y apellido herederos, cesionarios, albaceas, y representantes personales, a defender y eximir de
responsabilidades de la _____, _____,
Parroquia/Escuela (Archi)Diócesis
sus funcionarios, directivos, agentes, empleados, o representantes de alguna y toda responsabilidad para
enfermedades, heridas, o muerte que resultan de o en conexión a mi participación con el viaje.

Además, acepto eximir a los Liberados e indemnizar a los Liberados por cualquier reclamación o causa de
acción cualquier cosa, incluidos entre otros todos los reclamos relacionados con enfermedades
transmisibles, que surja de la Actividad anterior que tenga lugar durante las fechas identificadas
anteriormente que se presenta contra liberaciones por mí o por mis familiares, herederos, cesionarios,
ejecutores y representantes personales.

Entiendo que la participación en la actividad descrita implica peligro potencial y el riesgo de lesión. El
peligro inherente se entiende y asume voluntariamente.

En el caso de que yo requiera atención médica y yo no soy capaz de comunicar mis deseos a los médicos
que asisten u otro personal médico, doy permiso para el tratamiento médico necesario para ser
administrado. Por favor informe a los médicos que tengo los siguientes alérgicos:

En caso de emergencia y el permiso para el tratamiento de más de los procedimientos de emergencia,
póngase en contacto con:

Nombre: _____

Relación a mí: _____

Teléfono diurno: _____ Teléfono nocturno: _____

Compañía de Seguro de Enfermedad: _____

Número de Identificación de Seguro: _____

Número de Póliza de Seguro: _____

**HE LEIDO ESTE DOCUMENTO. ENTIENDO QUE ES UN COMUNICADO DE RENUNCIA A
TODOS LOS RECLAMOS. ENTIENDO QUE ASSUMO TODO EL RIESGO. YO
VOLUNTARIAMENTE FIRMO EVIDENCIANDO MI ACEPTACIÓN DE ESTAS
DISPOSICIONES.**

Firma

Fecha