

# Consentimiento para participar en una actividad, Liberación e Información Médica de Emergencia

**Participante:** \_\_\_\_\_ (nombre)  
del participante y herederos del participante, albaceas y administradores.

**Evento:** DCYC 2020, Waco Convention Center, 100 Washington Ave. Waco, TX 76701, Enero 31-Febrero 2, 2020

**Parroquia/Escuela:** \_\_\_\_\_ ubicada en  
\_\_\_\_\_ (ciudad), Texas, una corporación sin fines de lucro en  
Texas, incluyendo su facultad, empleados, contratistas, miembros del clero, agentes, facilitadores y  
voluntarios.

**Diócesis:** La Diócesis Católica de Austin, una corporación sin fines de lucro en Texas, incluyendo sus empleados,  
contratistas, miembros del clero, sus agentes, facilitadores y voluntarios.

**Proveedor de la Transportación:** \_\_\_\_\_ (nombre)

- A. El *Participante* reconoce y acepta que:
- (1) el *Participante* voluntariamente desea participar en el *Evento*,
  - (2) el *Evento* puede implicar la actividad física que implique riesgo de lesiones;
  - (3) el *Participante* cumplirá con todas las políticas y normas establecidas para el evento y las instrucciones de las personas para facilitar, organizar o supervisar el *Evento*;
  - (4) el *Participante* es responsable de la conducta del *Participante* durante el evento y es responsable de los daños y perjuicios, demandas, u otros costos causados por el *Participante* o incurrida como resultado de la conducta del *Participante*, y
  - (5) si la conducta del *Participante* es inadecuada, peligrosa o perjudicial para el *Evento*, para los demás participantes u otras personas, la *Parroquia/Escuela* o la *Diócesis* pueden terminar la participación del *Participante* en el evento y en eventos futuros.
- B. En el caso de una emergencia o una situación que se estime de emergencia, el *Participante* autoriza a la *Parroquia/Escuela* y la *Diócesis* a buscar y autorizar la atención médica de emergencia que se dará al *Participante* (por ejemplo, primeros auxilios, medicamentos, anestesia, o cirugía). La *Parroquia/Escuela* harán esfuerzos razonables para notificar a las personas que figuran como contactos de emergencia en esta forma antes de autorizar cualquier atención de emergencia.
- C. El participante otorga a la Parroquia / Escuela y a la Diócesis el permiso de:
- (1) Fotografiar y vídeo grabar al *Participante* durante el *Evento*, y
  - (2) A utilizar las fotografías y cintas de vídeo en las publicaciones y promociones de la *Parroquia/Escuela* y la *Diócesis*, incluyendo pero no limitándose a las publicaciones tales como sitios de Internet, boletines informativos, anuncios, álbumes de recortes, y anuarios
- D. En la medida permitida por la ley, el *Participante*, libera y se compromete a indemnizar y a eximir de responsabilidad a la *Parroquia/Escuela*, la *Diócesis*, y la *compañía de transporte* de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, demandas, y los costos que puedan surgir como resultado de la participación del *Participante* en el *Evento* o que es, de alguna manera, en relación con dicha participación. Este párrafo abarca la pérdida bajo cualquier teoría de la pérdida (por negligencia u otra forma), incluyendo pero no limitada a, lesiones personales o daños materiales. El *Participante* asume todos los riesgos de lesiones o pérdidas por daños corporales o daños materiales.

Firma del *Participante*: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor proporcione la siguiente información.**

**CONTACTO DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO**

En el caso de una emergencia llame a: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Dirección(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Contacto alternativo: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

Dirección(es): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Compañía del Seguro Médico del *Participante*: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Deberá adjuntar copia de la tarjeta de seguro médico.**

Fecha de la última vacuna contra el Tétanos: \_\_\_\_\_

El *Participante* tiene las siguientes condiciones (alergias, condiciones médicas, etc): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El *Participante* está tomando los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Adjunte copias de la receta y las instrucciones relacionadas con el medicamento, incluyendo la cantidad y el horario de dosis.**

Instrucciones especiales u otra información: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Notas de la Oficina: