

ADULTO

APELLIDO _____

LIBERACIÓN MÉDICA para Eventos través diciembre 2017

En consideración de mí que se les permita participar en las actividades patrocinadas por LifeBridge Iglesia cristiana, la presente relevo, siempre descargo, y estoy de acuerdo en defender, indemnizar y mantener indemne a LifeBridge Iglesia cristiana en Longmont y sus empleados, funcionarios, directores, administradores, miembros, agentes, ancianos, personal, patrocinadores del viaje, los propietarios de vehículos, vehículos y los conductores de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, juicios o demandas por lesiones personales, enfermedad o muerte, lesiones emocional de cualquier tipo, así como daños a la propiedad y los gastos, de cualquier naturaleza que se efectúen mediante la participación en una actividad patrocinada por LifeBridge Iglesia cristiana. Acepto la responsabilidad financiera personal completo de cualquier pérdida de perjuicio sufrido por mí incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento médico o clínico prestado a mí.

Entiendo que muchas de las actividades serán de naturaleza física, puede incluir los viajes y el presente asumo todo el riesgo de lesiones personales, enfermedad, muerte, daño emocional de cualquier tipo, daños, pérdidas y gastos como consecuencia de la participación en todas las actividades involucrados en el mismo.

Estoy de acuerdo en permitir que LifeBridge Iglesia Cristiana de usar fotografías y grabaciones de vídeo que se utilizarán en los materiales promocionales y productos relacionados con la iglesia y sus ministerios de forma gratuita.

Yo aún estoy de acuerdo en defender, mantener indemne e indemnizar LifeBridge Iglesia cristiana, sus ancianos, empleados, funcionarios, directores, síndicos, miembros, empleados y agentes, (incluyendo patrocinadores del viaje y los propietarios de vehículos) de cualquier responsabilidad, pérdida o daño sufrido por dicha iglesia como resultado de los actos de negligencia, dolosos o intencionales de dicho participante, incluidos los gastos asistente al mismo.

Confiero mi permiso para ser llevado a un médico o un hospital y por la presente autorizo el tratamiento médico, incluyendo, pero no de limitación a, cirugía de emergencia o tratamiento médico, y yo asumo la responsabilidad y estoy de acuerdo en pagar todos los gastos médicos incluyendo hospital, doctor, ambulancia, etc., si los hay.

Si una disputa sobre este acuerdo o por cualquier reclamo por daños surge, estoy de acuerdo para resolver este asunto a través de un proceso de resolución alternativa de conflictos mutuamente aceptable. Si la Iglesia Cristiana LifeBridge y no pueden ponerse de acuerdo sobre un proceso de este tipo, estoy de acuerdo para arbitrar el asunto en el Grupo de Arbitrer Judicial en Denver, Colorado.

X _____ Firma	_____ Fecha
------------------	----------------

Nombre _____ fecha de nacimiento _____

Hombre _____ Mujer _____

Direccion _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Numero de Telefono _____ Cell _____

Telefono de Trabajo _____ Email _____

Contacto de Emergencia (en caso de que no pueda ser localizado):

Nombre: _____ Relacion: _____

Telefono: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Telefono: _____

Informacion Medica:

¿Está tomando medicación (prescripción / over-the-counter)? Por favor, indique: _____

¿Es usted alérgico a algún medicamento? Por favor, indique: _____

Una lista de otra alergias (explicar): _____

Enumerar las condiciones médicas: _____

Lista de cirugías: _____