

LBCC forma de liberación MENOR APELLIDO _____

MEDICAL RELEASE for Events January 2020-December 2020 En caso de una emergencia, doy permiso a mi hijo, _____, (nombre completo) para ser tratada por el médico u hospital seleccionado por cualquiera de los patrocinadores adultos de actividades LifeBridge Iglesia cristiana. En consideración a mi hijo que se les permita participar en las actividades patrocinadas por LifeBridge Iglesia Cristiana, yo (nosotros), hacer por mí mismo (nosotros mismos) y en nombre y representación de mi niño participante, la presente relevo, descargo para siempre, y estoy de acuerdo para defender, indemnizar y mantener indemne Iglesia Cristiana LifeBridge en Longmont y sus empleados, funcionarios, directores, síndicos, miembros, agentes, ancianos, personal, patrocinadores del viaje, los propietarios de vehículos y conductores de vehículos de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones, demandas o exigencias por lesiones personales, enfermedad o muerte, lesiones emocionales de cualquier tipo, así como daños a la propiedad y los gastos, de cualquier naturaleza que puedan ocasionarse por el suscrito y el niño participante que ocurren mientras dicho niño está participando en una actividad patrocinada por LifeBridge Iglesia cristiana. Yo (nosotros) acepto la responsabilidad financiera personal completo por cualquier pérdida o daño sufrido por mi hijo participante, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento médico o clínico prestado al niño participante. Yo (nosotros) entiendo que muchas de las actividades serán de naturaleza física, puede incluir los viajes y, yo (nosotros), y en nombre de mi (nuestro) niño participante, por la presente asumir todo el riesgo de lesiones personales, enfermedad, muerte, daños y gastos como consecuencia de la participación en todas las actividades involucradas en el mismo. Yo (nosotros) Además acuerdo para permitir LifeBridge Iglesia Cristiana de usar fotografías y grabaciones de video de mi niño participante para ser utilizado en los materiales promocionales y productos relacionados con la iglesia y sus ministerios de forma gratuita. Yo (nosotros) más conviene para defender, mantener indemne e indemnizar a dicha iglesia, sus ancianos, empleados, funcionarios, directores, síndicos, miembros, empleados y agentes, (incluyendo patrocinadores del viaje y los propietarios de vehículos) por cualquier responsabilidad sostenida por dicha iglesia como resultado de los actos de negligencia, dolosos o intencionales de dichos gastos de los participantes, incluyendo incurridos asistente al mismo. Yo (nosotros) es el padre (s) o tutor legal (s) de este participante, y confiero mi (nuestro) permiso para tomar dicho participante a un médico o un hospital y por la presente autorizo el tratamiento médico, incluyendo, pero no en la limitación de, cirugía de emergencia o tratamiento médico, y yo (nosotros) asumen la responsabilidad de todos los gastos médicos, si los hubiere. Si una disputa sobre este acuerdo o por cualquier reclamación por daños surge, yo (nosotros) estoy de acuerdo en resolver este asunto a través de un proceso de resolución alternativa de conflictos mutuamente aceptable. Si yo (nosotros) y LifeBridge Iglesia cristiana no puedo estar de acuerdo en un proceso de este tipo, yo (nosotros) acuerdo para arbitrar el asunto al Grupo de Arbitrer Judicial en Denver, Colorado.

X _____
Firma autorizada del Padre / Tutor Fecha Fecha

Nombre del Menor

Fecha de nacimiento (Mes / Día / Año) _____ Grado _____ Hombre _____ Mujer

—

Dirección de Domicilio

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Número de Teléfono

Nombre de Papa _____ Número de Trabajo _____ Cell

—

Nombre de Mama _____ Numero de Trabajo _____
Cell _____

-

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

Nombre _____ Telefono _____ Cell _____
Email _____

_____ Médico de Atención Primaria

_____ Telefono _____ Informacion Medica: ¿Su

hijo está tomando medicamentos (con receta / overthecounter)? Por favor,
indique:

Es el niño alérgico a algún medicamento? Por favor,
indique:

_____ Una lista de cualquier otra alergia

(explicar): _____ Haga una lista de

dolencias: _____ Lista
cirugías

su hijo ha tenido: _____

Office Use: LS: _____ LK: _____ SIM: _____ Other: _____