

# Calvary Chapel Into The Light

## Formulario de Consentimiento y Liberación de Responsabilidad para Menores de Edad (Sección 25.8 del Código Civil de California)

Es mi deseo que mi hijo/pupilo participe en la Excursión/Excursión/Actividad del Ministerio Juvenil de Blueprint, por lo tanto:

1. El padre/tutor abajo firmante de \_\_\_\_\_ autoriza por la presente al patrocinador adulto Calvary Chapel Into the Light o a cualquier adulto responsable que tenga esta autorización por escrito, a cuyo cuidado se haya confiado el niño menor de edad mencionado, a obtener la atención médica adecuada de un médico o centro médico o dental autorizado. La atención médica/dental incluirá, pero no se limitará a, cualquier examen de rayos X, anestésico, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y atención hospitalaria que se preste a dicho menor bajo la supervisión general o especial y bajo el consejo de un médico o dentista autorizado.

Se entiende que esta autorización se otorga antes de que se requiera cualquier diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específica, pero se otorga para proporcionar autoridad y poder por parte de dicha persona adulta para dar su consentimiento específico a todos y cada uno de los diagnósticos, tratamientos o atención hospitalaria que el médico o dentista antes mencionado, en el ejercicio de su mejor juicio, considere aconsejable. Esta autorización incluirá el transporte para recibir la atención médica o dental.

### RESPONSABILIDAD FINANCIERA

2. En caso de lesión o enfermedad de mi hijo/pupilo. Estoy de acuerdo en que yo/nosotros y mi seguro de salud seremos financieramente responsables de cualquier tratamiento médico requerido por mi hijo/pupilo como resultado de cualquier lesión o enfermedad sufrida durante su participación en cualquier actividad relacionada con la iglesia.

### RIESGO

3. Soy consciente de que las actividades que pueden llevarse a cabo (atletismo, juegos, viajes, senderismo, escalada, proyectos, montañas rusas, pasatiempos, cursos de cuerdas, esquí, mountain boarding, rafting, motos acuáticas y cualquier otra actividad relacionada) pueden implicar algún peligro. He considerado estos riesgos y todavía deseo que mi hijo/pupilo participe. En consideración a la participación de mi hijo/pupilo en estas actividades, acepto no iniciar acciones legales contra Calvary Chapel Into the Light, su personal o patrocinador como resultado de cualquier lesión en el curso de la participación de mi hijo/pupilo.

### DISPUTA

4. En el caso de que surja una disputa entre Calvary Chapel Into the Light y yo con respecto a las lesiones a mi hijo/pupilo, entonces estoy de acuerdo en que la disputa será resuelta por un árbitro cristiano aceptable para ambas partes. El costo del árbitro será compartido a partes iguales por las partes. Se aplicarán todos los plazos de prescripción aplicables y se deberá solicitar el arbitraje dentro del plazo adecuado para preservar el derecho a la recuperación.

### (TÉRMINO DEL ACUERDO)

Esta autorización permanecerá en vigor hasta el final del año calendario mientras el menor mencionado anteriormente esté en camino hacia o desde o involucrado o participando en cualquier programa o actividad autorizada por Calvary Chapel Into the Light, a menos que sea revocada por el abajo firmante por escrito y entregada al agente de Calvary Chapel Into the Light.

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (niño/pupilo) \_\_\_\_\_ Date de nacimiento \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

#### Información de emergencia

Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Hogar/Celda# \_\_\_\_\_

Trabajo# \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Telé del médico# \_\_\_\_\_

Empresa de Ins. Médicos \_\_\_\_\_ Política## \_\_\_\_\_

#### Información médica (marque con un círculo las que correspondan)

Alergias a medicamentos    Asma    Fiebre del heno    Alergias a insectos

Diabetes    Afección cardíaca    Asma crónica    Epilepsia    Trastorno convulsivo

Trastorno nervioso    Trastorno físico    Trastorno emocional    Otro \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna contra el tétanos \_\_\_\_\_

Si ha marcado alguna de las condiciones anteriores, por favor proporcione detalles o necesidades especiales:

---

---

---

Firma del padre o tutor legal \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, acepto y entiendo que al escribir mi nombre arriba, estoy firmando electrónicamente este formulario y que todas las firmas electrónicas son el equivalente legal de mi firma manual/manuscrita y doy mi consentimiento para estar legalmente obligado por este acuerdo.