

## DESPACHE MÉDICO Y DE TRANSPORTACIÓN [ADULTO]

Evento:	Fecha(s) del Evento:	Ministerio:
---------	----------------------	-------------

### [Contacto e Información Médica del Registrante]

Nombre y Apellido del Registrante:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal
Contacto de Emergencia: Relación al Registrante:	# de Teléfono: Correo Electronico:
<b>Historial Médico del Registrante:</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardíaco <input type="checkbox"/> Asma Crónica <input type="checkbox"/> Trastorno Nervioso <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Discapacidad Emocional o Mental <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Alergias del Registrante:</b> <input type="checkbox"/> Drogas: _____ <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno <input type="checkbox"/> Picazones de Insectos: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____  <b>Medicaciones del Registrante:</b>
Restricciones de Actividades del Registrante:	

Por la presente doy mi permiso al médico, enfermera o dentista seleccionado por el representante de la Iglesia Comunitaria Herencia para obtener asistencia médica y dental según sea necesario para una enfermedad o lesión bajo las órdenes de un médico, incluido el transporte hacia y desde las instalaciones necesarias.

La cobertura de seguro médico se proporciona bajo la siguiente póliza: (deje en blanco si no está cubierto por el seguro)

Compañía:	Tipo de Póliza:	# de Póliza:
-----------	-----------------	--------------

ESTOY DE ACUERDO EN ASUMIR RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE TRATAMIENTO MÉDICO SI ES REQUERIDO PR ALGUNA RAZÓN U OTRA. *Iniciales:* \_\_\_\_\_

### [CONSENTIMIENTO Y DESPACHE DE RESPONSABILIDAD]

Yo, \_\_\_\_\_, apruebo y autorizo el transporte de mí mismo durante este evento en un vehículo privado o alquilado por la Iglesia Comunitaria Herencia para fines de transporte.

ESTOY PARTICIPANDO VOLUNTARIAMENTE EN ESTE EVENTO, INCLUYENDO EL TRANSPORTE HACIA Y DESDE SUS ACTIVIDADES RELACIONADAS, CON CONOCIMIENTO DE LOS PELIGROS INVOLUCRADOS Y POR EL PRESENTE ACUERDO ACEPTAR TODOS LOS RIESGOS DE LESIONES COMO RESULTADO DE DICHA PARTICIPACIÓN Y TRANSPORTE.

Como contraprestación legal por permitirme participar en este evento con la Iglesia Comunitaria Herencia, incluido el transporte hacia y desde este evento y sus actividades relacionadas, por la presente libero y libero a la Iglesia Comunitaria Herencia, sus líderes, empleados y miembros de la Junta Directiva de todas las acciones, reclamos o demandas que yo y mis herederos, beneficiarios, tutores, representantes legales o cesionarios tenemos ahora o podemos tener en el futuro por cualquier lesión o daño que resulte de negligencia u otros actos, cualquiera que sea su causa, por tales actividades relacionadas, iglesia, líderes, empleados y miembros de la Junta de Fideicomisarios, antes o durante mi participación en este evento patrocinado por la iglesia en y/o fuera de las instalaciones de la iglesia, incluido el transporte hacia y desde el evento y otro transporte proporcionado para actividades relacionadas.

HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE ESTE ACUERDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO. SOY CONSCIENTE DE QUE ESTO ES UNA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y UNA ASUNCIÓN DE RIESGOS Y LO FIRMO POR MI PROPIA VOLUNTAD.

Firma del Registrante:	Fecha:
------------------------	--------

*ESTA AUTORIZACIÓN EXPIRA EN 90 DÍAS DESPUES QUE HA SIDO FIRMADO.*