

Liberación General, Indemnización y Autorización General para ADULTOS

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL: LEALO CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR

Fecha de esta Autorización : _____ [MM] _____ [DD] 20____ [YR]

Al firmar abajo, Yo _____ [use letra de molde] certifico y acuerdo lo siguiente:

1. Soy mayor de 18 años de edad y gozo de plenitud en mis juicios.
2. Yo deseo participar en las actividades conducidas por Christ Gospel Churches International Incorporated, (de aquí en adelante "la Iglesia"), y en consideración con la voluntad de la Iglesia en incluirme en sus actividades, Yo libero a la Iglesia, sus ancianos, directores, pastores, líderes, representantes, empleados, y voluntarios de toda responsabilidad y reclamos que se pudieran derivar de cualquier accidente, desgracia, u ocurrencia que resultara de las actividades de la Iglesia o que estén en alguna forma conectada con actividades con la Iglesia, sin importar si lesiones personales resultan o sea reclamo por negligencia. Yo sin embargo prometo pagar el costo de, e indemnizar, tener sin agravio, defender y reembolsar a la Iglesia y sus representantes en contra de cualquier reclamo, demanda, acción legal en su contra, pérdida, o juicios obtenidos por o a favor de mi.
3. Yo entiendo que la Iglesia puede tomar fotografías o videos de mi mientras participo en actividades de la Iglesia. Yo concedo permiso a la Iglesia que tome, use, publique y distribuya similares fotográficos de mi para cualquier propósito legal, incluyendo la promoción del Evangelio, publicidad, recaudación de fondos, o algún otro ministerio y propósitos de negocio. Por lo tanto libero a la Iglesia de cualquier reclamo de cualquier tipo en base a tal uso. Yo entiendo que ninguna compensación será debida a mi por el uso de similares para el o ella. Esta liberación continua hasta que yo la revoque por escrito; sin embargo, Yo entiendo que tal revocación será efectiva únicamente en cuanto a usos y publicaciones en un futuro y no afectará los usos y publicaciones que la Iglesia haya ya hecho antes de recibir tal revocación.
4. Yo también reconozco que mientras yo esté involucrado en actividades de la Iglesia, una emergencia u otra situación pueda suscitarse que requiera tratamiento médico, incluyendo cirugía, esto bajo circunstancias donde no este yo consciente o sea capaz de tomar decisiones por mi mismo. Por ello, yo por este medio autorizo a un representante de la Iglesia conduciendo la actividad que ejerza su mejor juicio en la búsqueda y rendición de asistencia médica y a dar cualquier autorización médica requerida o consentimiento para tratamiento para mi, aunque riesgos substanciales estén involucrados. Yo reconozco que el dar autorización médica y consentimiento esta dentro del alcance de esta Liberación. Yo estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad financiera para pagar todos los costos médicos incurridos a favor de mi.
5. Yo deseo ser capaz de participar en varias actividades de la Iglesia sin el inconveniente de firmar una liberación por separado para cada actividad. Por lo tanto, Yo deseo que esta liberación cubra cualquiera y todas las actividades que yo escoja en participar, y yo deseo que esta liberación continúe en efecto hasta que una nueva liberación sea firmada por mi, o hasta que revoque por escrito esta liberación. Yo entiendo que ninguna revocación será efectiva a menos que yo notifique por escrito a la Iglesia.
6. Yo estoy de acuerdo en acatar las reglas y políticas de los programas de actividades de la Iglesia que ahora existen o que serán desarrollados de tiempo en tiempo. Yo entiendo que si creo un problema o disturbio, se me puede solicitar que me vaya, y yo acepto estar de acuerdo uniendo todas las decisiones hechas por los líderes de la Iglesia en la conducta de la actividad de la Iglesia arriba mencionada.
7. Yo reconozco que es mi responsabilidad actualizar a la Iglesia con cualquier cambio en mi información personal y acuerdo hacer esto en tiempo adecuado.
8. He leído y entiendo la liberación aquí procedente; yo estoy de acuerdo en ser sujeto a estos términos.

Firmado por un adulto mayor de 18 años de edad: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso: _____

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN MÉDICA DE CORTESÍA EN EL REVERSO DE ESTA HOJA

HOJA DE INFORMACIÓN MÉDICA DE CORTESÍA

Al completar esta forma, yo entiendo que esta información puede ser dada a personal médico o a voluntarios que puedan asistirme. La Iglesia puede, pero no está requerida a, referirse a esta información en caso de emergencia. La Iglesia no asume el deber de proveer esta información a terceros, administrar medicamento, o dar tratamiento médico de acuerdo a la información aquí provista.

1. Nombre : _____ Fecha de Nacimiento : _____
2. Dirección : _____
Teléfono de Casa : _____ Otro teléfono o Celular : _____
Empleador : _____
Dirección de Empleador : _____
Teléfono de Empleador : _____ Radio Localizador # _____
3. Aseguradora Médica : _____
Dirección de Aseguradora : _____
No. de Póliza del Subscritor : _____ No. de Grupo : _____
4. Enliste las cirugías mayores y padecimientos que ha tenido : _____

5. Enliste todos los medicamentos que toma continuamente: _____

6. Enliste todas sus condiciones médicas actuales, limitaciones e inhabilidades (Problema para escuchar, vista, coordinación, etc.). _____

7. Es usted alérgico a algún medicamento, picadura de abeja, picadura de insecto, o alimento? Si lo es, enliste.

8. Otros individuos a ser contactados en caso de emergencia:
Nombre : _____ Nombre : _____
Dirección : _____ Dirección : _____

Teléfono : _____ Teléfono : _____
9. Nombre del Médico Familiar : _____
Dirección : _____
Teléfono : _____
10. Fecha de su última vacuna de Tétanos : _____