

Apellido de la Familia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**CPLC/St. Marks – ADULTO – PERMISO PARA EL CAMPAMENTO Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_

# Política \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Información médica pertinente (alergias a medicamentos, enfermedades crónicas, medicación actual, etc.): \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR CONTACTE A UNA DE LAS SIGUIENTES PERSONAS:**

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a los líderes, sirvientes, empleados, oficiales y voluntarios adultos de la Comunidad Católica Pro-Vida del Norte de Texas, Inc. como agente(s) del abajo firmante para consentir a cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, y cuidado hospitalario que se considere aconsejable y que se vaya a prestar bajo la supervisión general o específica de cualquier médico o cirujano licenciado bajo la disposición de la Ley de Práctica Médica, ya sea que dicho diagnóstico se dé por adelantado de cualquier tratamiento o diagnóstico específico, pero se da para proporcionar autoridad y poder de tratamiento, o cuidado hospitalario que el médico mencionado en el ejercicio de su mejor juicio pueda considerar aconsejable. Esta autorización se otorga de conformidad con las disposiciones del Capítulo 32 del Código Familiar de Texas. Esta autorización permanecerá vigente hasta un año a partir de la fecha en que se complete este formulario, a menos que se revoque antes por escrito y se entregue a los agentes mencionados.

**AUTORIZACIÓN DE RESPONSABILIDAD:** Yo, \_\_\_\_\_, libero y exonero de responsabilidad, asumo la responsabilidad y defiendo a la Comunidad Católica Pro-Vida del Norte de Texas, Inc., a la Iglesia Católica de San Marcos y a la Diócesis de Dallas y a sus respectivos agentes, sirvientes, empleados, oficiales y directores de cualquier y todos los costos y gastos incluyendo, pero sin limitarse a, honorarios médicos, honorarios de abogados, costos de descubrimiento, costos de la corte y todas las otras sumas asociadas con cualquier reclamo o acción fundada en ello, incluyendo aquellos que surjan o se alegue que hayan surgido del tratamiento de la persona antes mencionada. También liberamos a la Comunidad Católica Pro-Vida del Norte de Texas, Inc., a la Iglesia Católica de San Marcos y a la Diócesis Católica de Dallas, y a sus respectivos agentes, sirvientes, empleados, oficiales y directores de cualquier responsabilidad incurrida debido al uso de propiedad real o personal perteneciente a la Comunidad Católica Pro-Vida del Norte de Texas, Inc., a la Iglesia Católica de San Marcos, o a sus respectivos agentes, empleados o voluntarios.

**AUTORIZACIÓN PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:** Yo (nosotros) concedo (concedemos) a la Comunidad Católica Pro-Vida del Norte de Texas, Inc. todos los derechos, títulos e intereses de todas las imágenes fotográficas y grabaciones de video o audio hechas por la Comunidad Católica Pro-Vida del Norte de Texas, Inc., su personal, agentes o voluntarios durante las actividades del voluntario adulto con la Comunidad Católica Pro-Vida del Norte de Texas, Inc., incluyendo, pero sin limitarse a, cualquier regalía, ganancias u otros beneficios derivados de tales fotografías o grabaciones.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_