

Formulario de perfil del participante

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre

Nombre del programa:

Lugar:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Género:

Dirección de correo electrónico:

Dirección:

Condado:

Contacto principal:

(Casa)

(Trabajo)

(Celular)

Contacto alternativo:

(Casa)

(Trabajo)

(Celular)

Contacto de emergencia (no tutor legal):

(Casa)

(Trabajo)

(Celular)

SALUD/OTRA INFORMACIÓN

Nombre del médico primario:

Número de teléfono del médico:

¿Se ha inmunizado al paciente?

☐

Sí (en la escuela de Maryland)

☐

Sí (fuera de Maryland/educación en el hogar)

☐

No

Formulario de vacunación obligatorio si el participante no asistió a una escuela pública o privada de Maryland el año pasado.

¿Existen problemas de salud, incluidos problemas físicos, psiquiátricos o de comportamiento, de los que debemos estar conscientes?

☐ Sí (se requiere un formulario de salud/medicamentos)

☐

No

Formulario de salud obligatorio si el participante indica CUALQUIER problema de salud/medicación/alergia

¿El participante debe someterse a una prueba de natación o no?

☐

Prueba de natación

☐

No nadador

Los participantes que superen la prueba de natación serán designados por el personal como nadadores y tendrán pleno acceso a todas las profundidades/características del agua. **Los que no superan la prueba de natación son designados de nuevo como No Nadadores. Los no nadadores no realizarán la prueba de natación y estarán restringidos al agua hasta el pecho.**

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN

Por la presente reconozco y soy plenamente consciente de los riesgos involucrados en esta actividad y que la participación en esta actividad conlleva riesgos inherentes, incluido el riesgo de lesiones o muerte. Entiendo y reconozco que la participación en esta actividad es puramente voluntaria y por la presente asumo expresamente los riesgos y gastos de la participación. En consideración de la oportunidad de participar en esta actividad, por la presente acepto liberar, indemnizar y eximir para siempre de toda responsabilidad a La Comisión de Parques y Planificación de Maryland-Área de la Capital Nacional (la Comisión), así como a sus comisionados, funcionarios, empleados y agentes, de toda responsabilidad, reclamo y causa de acción de cualquier tipo o naturaleza, incluidos dichos reclamos y/o causa de acción causados total o parcialmente por la negligencia de la Comisión y/o sus agentes, empleados, funcionarios, directores, sucesores y cesionarios, por cualquier presunto daño, perjuicio o lesión en la que yo/nosotros (yo y el niño del que actualmente soy padre/tutor legal) podamos incurrir como resultado de participar en esta actividad. Entiendo y acepto que soy responsable de todos y cada uno de los daños que yo/nosotros podamos causar o incurrir a personas o propiedad, tanto públicos como privados, mientras participo en esta actividad. Por medio de este formulario, autorizo al personal de la Comisión a obtener tratamiento médico/hospitalario para los participantes mencionados anteriormente en caso de una emergencia.

Otorgo a la Comisión y a sus agentes y asigno el derecho de fotografiar a los participantes y utilizar la imagen y semejanza del participante tal como se muestra en fotografías, cintas de video, películas cinematográficas o imágenes electrónicas y cualquier grabación de audio hecha de la voz del participante de la forma que desee la Comisión, incluidos la televisión, la prensa escrita y los sitios web de Internet, sin compensación. Todas las fotografías, cintas de vídeo, películas, grabaciones e imágenes electrónicas serán propiedad exclusiva de la Comisión.

Por la presente declaro que, si el participante es menor de edad o dependiente, soy su tutor legal y estoy autorizado a proporcionar las liberaciones, autorizaciones y permisos establecidos en este documento y que toda la información proporcionada es precisa y completa. Por la presente doy permiso para que los participantes mencionados anteriormente participen en el programa de la Comisión, incluido el transporte en vehículos aprobados (vehículos de la Comisión, autobuses escolares de la Junta de Educación o autocares comerciales) y reconozco y acepto conscientemente todos y cada uno de los riesgos asociados con ello. Reconozco que la Comisión tiene una política de conducta en los programas e instalaciones de recreación y por la presente acepto que los participantes estén sujetos a dichas políticas, incluidas las disposiciones disciplinarias. Los términos de esta Renuncia de Responsabilidad serán vinculantes para mis herederos, albacea, administrador y todos los miembros de mi familia.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTA RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD, Y A CONOCIMIENTO Y VOLUNTARIAMENTE FIRMO A CONTINUACIÓN:

Nombre en letra de imprenta (padre/tutor legal si es menor de 18 años)	Firma (padre/tutor si es menor de 18 años)	Fecha
--	--	-------