



**EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD PARA LOS ADULTOS QUE VAN AL PASEO**

FIELD TRIP ADULT LIABILITY WAIVER

***Devolver la Forma Llena a la Parroquia/Escuela/Organización Eclesiástica***

*Cada adulto participante, incluyendo los líderes de grupo y acompañantes deben firmar esta forma.*

Yo, \_\_\_\_\_, acepto en mi nombre, por mis herederos,  
Nombre completo (En letra de imprenta)

comisionados, albaceas y representantes personales, liberar de responsabilidad y proteger a

\_\_\_\_\_, La Arquidiócesis de Denver, y su  
Parroquia/Escuela/Organización (En letra de imprenta)

cuerpo directivo, superiores, agentes, empleados o representantes asociados con el paseo por cualquier reclamo de responsabilidad, pérdida o perjuicio que obedezca a o en relación a mi participación en el paseo.

En caso que requiera tratamiento médico y no pueda comunicar mis deseos a los médicos a cargo u otro personal médico, doy mi consentimiento para que se administre el tratamiento de emergencia necesario.

Favor de comunicar a los médicos que padezco las siguientes alergias:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de emergencia y para dar autorización de tratamiento más allá de los procedimientos de emergencia, comunicarse con:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono diurno: \_\_\_\_\_ Teléfono nocturno: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza del seguro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha