



NOMBRE: \_\_\_\_\_  
apellido primer nombre segundo nombre

DIRECCION: \_\_\_\_\_  
numero calle ciudad codigo postal

TELEPHONE: ( ) EDAD: FECHA DE NACIMIENTO:

Nombre de Padre/Tutor: Telefono de Dia: de Noche:

Nombre de Madre/Tutora: Telefono de Dia: de Noche:

Email del Padre/Madre: Email del Participante:

Alergias a medicamentos o comida:

Medicamentos, informacion medica que sea importante o alguna instruccion especial:

Enumere cualquier restriccion al tratamiento medico:

Doctor/ Nombre de HMO: Telefono:

Persona a quien notificar en case de emergencia: Telefono:

Persona a quien notificar en case de emergencia: Telefono:

Escuela a la que atiende el participante: Grado:

Favor de agregar una foto reciente del participante.

Favor de agregar una copia de su tarjetade seguro medico.

**Favor de leer y firmar la AUTORIZACION PARA DAR TRATAMIENTO A UN MENOR DE EDAD, DEJAR LIBRE DE RESPONSABILIDAD Y PUBLICACION DE VIDEO-FOTO en la pagina siguiente. Si usted tiene alguna pregunta por favor pregunte a un miembro de personal del Liga de Actividades de la Policia de West Los Angeles.**

# LIGA DE ACTIVIDADES DE LA POLICIA DE WEST LOS ANGELES

## RENUNCIA Y PERMISO DEL PARTICIPANTE

### AUTORIZACION PARA DAR TRATAMIENTO A UN MENOR DE EDAD

Yo, siendo el padre / madre o guardian legal del niño(a) que se menciona por la presente doy autorización y consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, tratamiento medico o quirurgico rendido bajo la supervision general o especial de cualquier miembro de personal medico y a personal con licencia del cuarto de emergencia bajo la provision del Acto de Practica Medica, a un dentista con licencia bajo la provision del Acto de Practica Dental y a personal de tratamiento critico de cualquier hospital general o centro de emergencia con licencia vigente y valida para operar un hospital o centro de emergencia del Departamento de Salud Publica del Estado de California. Yo entiendo que esta autorizacion se da antes de cualquier diagnostico especifico, tratamiento u hospitalizacion que se requiera, y se da para proveer autorizacion y poder para rendir la atencion del medico ya mencionando que pueda en su criterio considerar recomendable para mi niño(a). Ademas, yo entiendo que mi niño(a) participara en actividades intrinsecamente peligrosas y estoy de acuerdo en pagar por el tratamiento medico de mi niño(a). Yo entiendo que todo esfuerzo se hara en comunicarse conmigo antes de rendir tratamiento a mi niño(a), pero cualquiera de los tratamientos mencionados no seran rehusados si no se me encuentra. Esta autorizacion se da de acuerdo a la provision delCodigo Civil de California . Este consentimiento quedara en efecto en tanto mi niño(a) participe en el programa de Liga de Actividades de la Policia de West Los Angeles (West LA PAL).

### DEJAR LIBRE DE RESPONSABILIDAD

A consideración de aceptación a la aplicación de mi niño(a) como participante en cualquiera de los programas y / o actividades del programa de West LA PAL, mi niño(a) y yo por la presente acordamos en asumir todos los riesgos circunstanciales sobre de mi y sobre mi niño(a), INCLUYENDO RIESGO DE MUERTE, HERIDA GRAVE, Y / O INCAPACIDAD PERMANENTE y por la presente desistimos , dejamos libres de responsabilidad y retiramos todo y cualquier cargo de reclamo de daños por muerte, heridas personales o daños a propiedad los cuales yo o mi niño(a) podamos tener, o que en adelante puedan aumentar como resultado de la participacion de mi niño(a) en el programa de West LA PAL. Mi niño(a) y yo estamos de acuerdo en indemnizar y de dejar libre de responsabilidad a el programa de West LA PAL y a cualquiera de sus agentes, sirvientes, voluntarios o empleados por razones de cualquier accidente, muerte, heridas o daños a personas o a propiedad que mi niño(a) y yo podamos sufrir durante la participacion en el programa y / o actividades de West LA PAL. La intencion de este permiso es de librar por adelantado a el programa de West LA PAL y / o a sus agentes, sirvientes, voluntarios, empleados por razones de cualquier accidente, muerte , heridas o daños a personas o propiedad que mi niño(a) y yo podamos sufrir, de toda y en contra toda responsabilidad que pueda resultar en coneccion y de cualquier forma en la participacion de mi niño(a) en el programa de West LA PAL, aunque esta responsabilidad pueda resultar como negligencia o descuido por parte de las personas o entidad ya mencionadas.

Aun mas, queda entendido y acordado que en esta renuncia, libracion y suposicion de riesgo se extiende a herederos y beneficiarios mios y a herederos y beneficiarios de mi niño(a). Yo estoy de acuerdo en asumir toda responsabilidad por cualquier daño a propiedad o a cualquier persona causada por mi o por mi niño(a) durante la participacion en el programa de West LA PAL.

### PERMISO PARA PUBLICAR VIDEO-FOTO

Yo entiendo que durante el programa y /o actividades del programa de West LA PAL, mi fotografia y la fotografia de mi niño(a) pueden ser tomadas por West LA PAL, productores de eventos, patrocinadores, organizadores y / o personas designadas. Yo estoy de acuerdo en que mi fotografia y la de mi niño(a) incluyendo video-fotografia, fotografia filmada u otra reproduccion con mi parecido o el de mi niño(a) puedan ser utilizadas sin ningun cobro por West LA PAL, productores de eventos , patrocinadores , organizadores y /o personas designadas con cualquier proposito como juzguen apropiado incluyendo pero sin limitarse a materiales promocionales, presentaciones para reunir fondos, periodicos, publicaciones de revista o para publicar en una website con fines de promocion.

He leído, entendido y voluntariamente firmo la AUTORIZACION PARA DAR TRATAMIENTO A UN MENOR DE EDAD, DEJAR LIBRE DE RESPONSABILIDAD Y PUBLICACION DE VIDEO FOTO, y aun mas, estoy de acuerdo en que este convenio constituya la aceptacion de todos los partidos que toman parte con respecto a el tema aquí presentado y supercede todos los convenios y compromisos anteriores, ambos escritos y orales, entre los partidos con respecto a tal tema.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DEL NINO(A) QUE PARTICIPA

---

FIRMA DEL PADRE / MADRE O GUARDIAN LEGAL

FECHA

---