

## **RENUNCIA ADULTA DE RESPONSABILIDAD**

Cada participante adulto, incluyendo los líderes y representantes del grupo,  
tiene que firmar esta forma:

**Parroquia/Escuela:** \_\_\_\_\_

**Naturaleza de la Actividad:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Duración:** \_\_\_\_\_

### **LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, INDEMNIZACIÓN, y INFORMACIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo en nombre de yo mismo, mis  
Nombre y apellido herederos, cesionarios, albaceas, y representantes personales, a defender y eximir de  
responsabilidades de la \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
Parroquia/Escuela (Archi)Diócesis  
sus funcionarios, directivos, agentes, empleados, o representantes de alguna y toda responsabilidad para  
enfermedades, heridas, o muerte que resultan de o en conexión a mi participación con el viaje.

Además, acepto eximir a los Liberados e indemnizar a los Liberados por cualquier reclamación o causa de  
acción cualquier cosa, incluidos entre otros todos los reclamos relacionados con enfermedades  
transmisibles, que surja de la Actividad anterior que tenga lugar durante las fechas identificadas  
anteriormente que se presenta contra liberaciones por mí o por mis familiares, herederos, cesionarios,  
ejecutores y representantes personales.

Entiendo que la participación en la actividad descrita implica peligro potencial y el riesgo de lesión. El  
peligro inherente se entiende y asume voluntariamente.

En el caso de que yo requiera atención médica y yo no soy capaz de comunicar mis deseos a los médicos  
que asisten u otro personal médico, doy permiso para el tratamiento médico necesario para ser  
administrado. Por favor informe a los médicos que tengo los siguientes alérgicos:

\_\_\_\_\_  
En caso de emergencia y el permiso para el tratamiento de más de los procedimientos de emergencia,  
póngase en contacto con:

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

Relación a mí: \_\_\_\_\_

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

Compañía de Seguro de Enfermedad: \_\_\_\_\_

Número de Identificación de Seguro: \_\_\_\_\_

Número de Póliza de Seguro: \_\_\_\_\_

**HE LEIDO ESTE DOCUMENTO. ENTIENDO QUE ES UN COMUNICADO DE RENUNCIA A  
TODOS LOS RECLAMOS. ENTIENDO QUE ASSUMO TODO EL RIESGO. YO  
VOLUNTARIAMENTE FIRMO EVIDENCIANDO MI ACEPTACIÓN DE ESTAS  
DISPOSICIONES.**

***RENUNCIA ADULTA DE RESPONSABILIDAD***

Cada participante adulto, incluyendo los líderes y representantes del grupo,  
tiene que firmar esta forma:

Firma

Fecha