

Autorización para atención médica/divulgación en los medios/consentimiento parental, permiso de publicación de fotos y atención médica

(debe llenarse para cada miembro del equipo menor de 18 años)

Torneo regional Mid-Cities DI 9 de febrero del 2019

Se debe mantener una copia de este formulario con el supervisor del equipo en todo tiempo.

Nombre del miembro del equipo:		Edad:		Sexo:	
Padre/tutor legal:					
Domicilio:					
Ciudad:	Estado:		TX	Código postal:	
Núm. de teléfono de casa:		Núm. de teléfono alternativo:			
Núm. de teléfono en caso de emergencia:					
Compañía de seguro:	Número de póliza:				
Alergias y problemas de salud:					
¿Está su hijo bajo el cuidado de un médico?		Por favor provea información pertinente:(usar otra hoja si se necesita)			
¿Su hijo o hija está tomando algún medicamento recetado?		Por favor especifique y explique			
Por favor anote cualquier medicamento de venta libre que usted no desea que se le administre a su hijo.					
<p>Nosotros (yo) los padres o tutores legales, el individuo en el formulario, y en nombre de representantes personales y nuestros (mis) herederos, por la presente acordamos voluntariamente liberar, renunciar, exonerar por siempre, eximir de responsabilidad, defender e indemnizar a Destination Imagination, Inc., Texas DI, Mid-Cities Creativity y sus agentes, oficiales, mesas directivas, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad y reclamos, acciones o pérdidas por lesiones corporales, daños a la propiedad, muerte por negligencia, pérdida de servicios o por cualquier otra circunstancia que pueda surgir de mi participación en las actividades relacionadas con el torneo incluyendo el viaje hacia y desde el evento.</p> <p>Además, nosotros (yo) somos los padres o tutores legales de este participante y por la presente damos permiso para que él/ella participe completamente en el torneo y por la presente damos permiso para llevarlo(a) a un doctor u hospital y autorizo tratamiento médico incluyendo, pero no limitado, a cirugía de urgencia, pruebas, medicamentos, o rayos X. Nosotros (yo) asumiremos toda la responsabilidad para todas las facturas médicas, si hay alguna. Entiendo que si se requiere tratamiento médico seremos contactados lo más pronto posible. Si llega ser necesario mandar a mi hijo a casa por razones médicas, razones de disciplina, o por cualquier otra circunstancia, nosotros (yo) asumiremos todos los gastos.</p> <p>Nosotros (yo) por la presente damos permiso para que Destination Imagination, Inc., Texas DI y Mid-Cities Creativity publique imágenes de actividades y de este participante para el propósito de promover Destination Imagination®. Nosotros (yo) damos este permiso libremente sin reserva alguna.</p>					
Firma del participante:					
Nombre en letra de molde:		Fecha:			
Firma del padre/tutor legal:					
Nombre en letra de molde:		Fecha:			
Supervisor del equipo:		Escuela:			
Reto:	Nivel	Núm. De equipo:			