



Ciudad de Oxnard
Descargo de Responsabilidad y Consentimiento
para Tratamiento Médico a un Menor
(Favor de escribir en letra de molde)

Nombre del menor: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Apellido Nombre (s)

Dirección/Ciudad/Zip: _____

Padre/Madre o Guardián: _____
Apellido Nombre(s)

Teléfono: (____) _____ Tel. Trabajo: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____

Nombre de la Actividad: PAL Fecha de la Actividad: _____

Escuela o Equipo: _____

Yo, el/la infrascrito, por medio de la presente doy permiso que el menor bajo mi custodia arriba mencionado, participe en la actividad descrita ("la actividad") y por este medio renuncio, libero y descargo a todos y cada uno de los derechos a demanda o reclamación que pueda yo tener por daños por muerte, agravio o daños a propiedad, o derecho de acción que pueda devengar como resultado de la participación del menor en la actividad. Esta renuncia tiene como objeto liberar por adelantado, a los promotores, patrocinadores, oficiales, el Oxnard Police Activities League (PAL), la Ciudad de Oxnard, o cualquier entidad pública, sus agentes y sus empleados, de y en contra de todas y cada una de las obligaciones que surjan de o en cualquier conexión con la participación del menor en la actividad, aún cuando la obligación se dé a causa de la negligencia o descuido por parte de cualquier persona o entidad mencionada anteriormente.

Además, me doy por enterado(a) que en ocasión pueden ocurrir lesiones serias durante la actividad y que los participantes en esa actividad en ocasiones pueden sufrir lesiones personales serias o mortales como consecuencia de lo mismo. Sin embargo, conociendo los riesgos de la actividad, y a nombre del menor, por medio de la presente consiento en aceptar esos riesgos y liberar o dejar a salvo a todas las personas o entidades mencionadas anteriormente que, a por negligencia o descuido de lo contrario serían responsables por daños a mí persona, a mis herederos o a mis cesionarios

Asimismo, entiendo y estoy de acuerdo que esta renuncia, descargo y asunción de riesgo serán obligatorios para mis herederos y cesionarios.

Estoy de acuerdo en aceptar y sujetarme a las reglas y reglamentos del Oxnard Police Activities League (*Liga de Actividades de la Policía de Oxnard.*) o la Ciudad de Oxnard

FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN

FECHA

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL MENOR

En el caso de que se produjera una enfermedad, accidente o lesión imprevista durante el tiempo en que el menor esté ocupado en las actividades supervisadas por el Oxnard Police Activities League o la Ciudad de Oxnard y sus representantes, empleados, agentes o apoderados, y de no ser posible ponerse en contacto con el/los padre(s), guardián(es) o proveedor de servicios médicos de la familia designado, por medio de la presente doy mi consentimiento para que cualquier proveedor médico certificado/facultado bajo las leyes del Estado de California, proporcione el tratamiento de emergencia necesario que las circunstancias requieran.

FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN

FECHA

Proveedor Médico de la Familia: _____ Teléfono del Médico: (____) _____

Aseguranza del Menor: _____ Tipo de Cobertura: _____

Historial/Información Médica Pertinente (*Epilepsia, Diabetes, Alergias, etc....*): _____

Contacto de Emergencia Alterno/a (Aparte del Padre/Madre o Guardián): _____ Teléfono: (____) _____