

# Arquidiócesis de Boston

## Este formulario debe ser completado por el adulto participante ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo \_\_\_\_\_ eximo irrevocablemente de toda responsabilidad, con el mayor alcance permitido por ley, y acepto, por el presente, resarcir y mantener indemne y libre de toda responsabilidad a Roman Catholic Archbishop of Boston, a Corporation Sole, y a sus funcionarios, agentes, representantes, voluntarios, acompañantes, clérigos, religiosos y empleados, incluidas todas y cada una de sus parroquias y ministerios (**colectivamente, "RCAB"**), frente a cualquier obligación, pretensión, acción, demanda, reclamación, juicio, coste o gasto (incluidos, sin limitarse a ello, los honorarios de abogados), conocidos o por conocer, que surjan de o se relacionen con cualquier lesión, enfermedad, pérdida u otro daño a personas o bienes ocasionados (a) por mí mismo/a al participar en el evento (actividad) descrito a continuación o al viajar hacia o desde dicho evento o por cualquier otro motivo relacionado con este:

---

(NOMBRE DEL EVENTO en NOMBRE DEL LUGAR, CIUDAD o PUEBLO, ESTADO el FECHA)

y/o (b) por cualquier otra persona que sufra o se alegue que ha sufrido cualquier lesión, enfermedad, pérdida o gasto, incluidos los honorarios de abogados, a causa de un acto u omisión de carácter culposo o ilícito ocasionado por mí.

Acepto cooperar y seguir las reglas del evento o actividad antes mencionado y cualquier instrucción de RCAB. En caso de que no cooperar con RCAB, o no seguir sus instrucciones, me comprometo a retirarme de dicho evento o actividad y a coordinar, por mi propia cuenta y cargo, mi traslado inmediato desde el lugar del evento o actividad hasta mi domicilio, si así lo solicita el RCAB.

### AUTORIZACIÓN MÉDICA

Designo apoderado a RCAB o a sus representantes, para que actúen en mi nombre y representación, en caso de no poder yo hacerlo, de la forma en que, a juicio razonable y exclusivo de RCAB, se esperaría que actuara yo si pudiera, con respecto a cualquier lesión, enfermedad o emergencia médica que se produzca durante la actividad.

En caso de ser necesario, autorizo a RCAB o a sus representantes a dar todos y cada uno de los consentimientos y autorizaciones necesarios a cualquier médico, dentista, hospital, persona o institución que corresponda en relación con cualquier medicamento, tratamiento médico o dental, procedimiento diagnóstico o quirúrgico, todos ellos de emergencia, o cualquier otro tipo de primeros auxilios y/o medidas de emergencia que nuestro apoderado considere necesarias o apropiadas para mi beneficio. Entiendo que, en caso de emergencia médica, RCAB, a través de sus representantes, intentará, en la medida de sus posibilidades, comunicarse con mi contacto de emergencia tan pronto como sea razonablemente posible.

Las disposiciones de exención/indemnidad/defensa arriba mencionadas se aplicarán a cualquier decisión, medida o acción de este tipo.

Los poderes y facultades aquí otorgados podrán ser revocados en el futuro mediante notificación por escrito entregada en mano a RCAB, siempre que en dicha notificación confirme que asumo de inmediato plena responsabilidad por todas las decisiones y acciones relativas a mi salud y bienestar. En ausencia de

# Arquidiócesis de Boston

la recepción de dicha notificación por escrito, este poder no se verá afectado por mi discapacidad, por mi incapacidad o por ninguna declaración de incompetencia.

Este poder caducará automáticamente una vez finalizada la actividad antes mencionada en la que yo participe (así como también las actividades afines y el viaje, si lo hubiera) y luego de concretado mi regreso. Ninguna revocación de dichos poderes y facultades influirá, de forma alguna, sobre ninguna otra disposición del presente Acuerdo de exención de responsabilidad, las cuales continuarán en pleno efecto y vigor.

Entiendo y acepto que RCAB no es ni será responsable de garantizar que tome los medicamentos, recetados o no, que se me hayan indicado. No hay ninguna enfermedad, ni ninguna alergia grave a alimentos o medicamentos, que limiten mi plena participación en la actividad o que exijan tomar precauciones especiales, excepto las siguientes:

Enumere aquí los medicamentos y dosis actuales (con o sin receta) que RCAB podría necesitar conocer en caso de que surja una emergencia:

Si se produce algún cambio en la información que he proporcionado con respecto a los contactos de emergencia o a la información médica, notificaré a RCAB dicho cambio de inmediato y por escrito.

Al firmar a continuación, confirmo que RCAB y/o cualquiera de sus representantes podrá utilizar mi retrato o fotografía para fines promocionales relacionados con el progreso y desarrollo del ministerio de la Iglesia Católica Romana y la Arquidiócesis de Boston y, por el presente, libero de responsabilidad, mantengo indemne y acepto defender, de conformidad con las disposiciones anteriores, a RCAB y a sus representantes frente a toda obligación, pérdida, daño y gasto, incluidos honorarios de abogados, que surjan en virtud de la mencionada utilización.

**Al firmar a continuación, confirmo que he leído atentamente y entiendo esta declaración y que la firmo libre y voluntariamente en virtud de que RCAB acepta permitirme participar voluntariamente en esta actividad, viaje o evento, y como incentivo para que RCAB permita dicha participación, sin el cual no lo haría. Solicito que se me permita participar en la actividad, viaje o evento arriba mencionado.**

Firma del adulto participante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Arquidiócesis de Boston

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Nombre de la persona que firma este formulario: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio completo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Contacto de emergencia n.º 1 (que no sea usted):** \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Proveedor del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de socio: \_\_\_\_\_

Nombre de la parroquia o escuela y ciudad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necesidades o consideraciones especiales y otros comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_