



MUESTRA DEL FORMULARIO DE REGISTRO Y LIBERACIÓN DE EVENTOS

Cada persona (de cualquier edad) que asista a eventos fuera del lugar o que pase la noche con [nombre de la iglesia] debe completar este formulario y adjuntar una copia de su tarjeta de seguro médico. Por favor, escriba o imprima con letra de legible. Los niños, niñas y jóvenes menores de 18 años deben obtener permiso de un padre o tutor. Una vez se haya completado, envíe este formulario a [persona/localidad]. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con [persona] en [teléfono y dirección de correo electrónico].

INFORMACIÓN DE LOS ASISTENTES:

El nombre por el que prefiere ser llamado: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado y código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seleccione uno: Hombre Mujer

DECLARACIÓN DE COMPORTAMIENTO:

Entiendo que este evento es para la crianza y el crecimiento cristiano de cada individuo que asista, y todas las instrucciones dadas por el personal del evento o los líderes adultos de los grupos son para la seguridad y el beneficio de todas las personas presentes. Mostraré respeto por todas las personas asistentes, en particular por aquellas en posiciones de liderazgo. No consumiré tabaco (si es menor de edad), ni alcohol o drogas ilegales. No llevaré armas de ningún tipo. Asistiré a todas las sesiones del evento. Haré todo lo posible para mostrar respeto por las instalaciones que se utilizan y dejaré todas las instalaciones en las condiciones en que las encontré o mejor. Observaré el toque de queda establecido por mis líderes. Llevaré ropa apropiada. Reconozco que el incumplimiento intencionado de las instrucciones puede causar serios problemas y tras consultar con el personal, puede resultar en el contacto inmediato de un padre/tutor para hacer los arreglos para que yo regrese a casa a mis expensas.

He leído el párrafo anterior y acepto ser responsable de mi comportamiento de acuerdo con las pautas establecidas anteriormente. Entiendo que la violación de las pautas puede resultar en que me envíen a casa.

COMUNICADO DE PRENSA:

[Nombre de la iglesia] se reserva el derecho de utilizar cualquier fotografía o vídeo tomado en cualquier evento patrocinado por la iglesia, sin el permiso expreso por escrito de los incluidos en la fotografía o el vídeo. [Nombre de la iglesia] puede utilizar la fotografía o el vídeo en medios producidos, utilizados o contratados por [nombre de la iglesia], incluyendo, pero no limitándose a: folletos, boletines electrónicos, libros, comunicados de prensa, revistas, televisión, sitios web, etc.

PERMISO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

En caso de que la persona mencionada sufra alguna enfermedad o accidente que requiera hospitalización de emergencia durante este evento [nombre de la iglesia], por la presente doy permiso para cualquier hospitalización necesaria. Doy permiso al médico seleccionado para que ordene radiografías, pruebas de rutina y tratamiento para la salud de la persona mencionada.

Me doy cuenta de que se hará todo lo posible para contactar conmigo y/o con el contacto de emergencia nombrado en este formulario. En el caso de que no pueda ser localizado en una emergencia, por la presente doy permiso a un médico para hospitalizar/asegurar el tratamiento adecuado para/ordenar una inyección o anestesia para los arriba mencionados. No haré responsable a [nombre de la iglesia] ni a ninguna otra organización/centro/personal asociado con este evento en caso de accidente, pérdida o muerte.

Doy permiso al personal médico del lugar para que administre los medicamentos de venta libre que figuran en el reverso de este formulario.

FIRMAS:

Por el presente acepto la declaración de conducta anterior, el comunicado de prensa y el permiso de atención médica de emergencia.

Firma del asistente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor, si el asistente es menor de 18 años:

Padre/tutor: _____ Fecha: _____

Teléfono del trabajo de los padres o tutores: _____ Teléfono móvil de los padres o tutores: _____

Dirección de correo electrónico de los padres o tutores _____



MUESTRA DEL FORMULARIO DE REGISTRO Y LIBERACIÓN DE EVENTOS

CONTACTO DE EMERGENCIA:

Debe adjuntar una copia de la tarjeta del seguro.

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

Número de teléfono principal de contacto de emergencia: _____ Número de teléfono secundario: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Proveedor de seguro médico: _____

Nombre en la póliza: _____ Relación: _____

Número de póliza: _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

Necesidades médicas o dietéticas especiales: _____

Alergias conocidas: _____

Limitaciones: _____

Todos los medicamentos actuales: _____

Se permite administrar al asistente los siguientes medicamentos de venta libre:

Aspirin Tylenol Ibuprofeno Neosporina Hidrocortisona Benadryl Cold and Cough

Otro: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL LÍDER/VOLUNTARIO:

¿Ha participado en el entrenamiento de Santuarios Seguros en los últimos 12 meses? Sí No

¿La iglesia ha realizado una investigación de antecedentes nacionales para usted? Sí No

La iglesia verificará esta información con nuestros registros de Santuarios Seguros.