

EVENTOS Y CAMPAMENTOS CUADRANGULARES

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

La información en este documento está protegida por las leyes de privacidad de HIPAA y debe manejarse respectivamente

Nombre del Evento: _____ Nombre del Distrito/Ministerio: _____ Date: _____

Nota al Padre/Tutor: La Iglesia Cuadrangular desea que la experiencia de su hijo(a) en este evento sea segura y saludable. Sin embargo, en el caso de un accidente o enfermedad, es importante que tengamos el historial médico actual y pasado y la información de seguro médico de su hijo(a).

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: Hombre Mujer

Nombre del Padre/Tutor Legal: _____ Email: _____

Dirección - Casa: _____ Teléfono - Celular: _____

Dirección - Trabajo: _____ Teléfono - Trabajo: _____

Si no está disponible en una emergencia, notifique a: _____ Teléfono - Celular: _____

COBERTURA DE ACCIDENTES:

Entiendo que mi seguro personal será la cobertura primaria para cualquier accidente y que el seguro Cuadrangular, que solo cubre los gastos médicos, es secundario hasta un máximo de \$50,000 y no cubre enfermedades. También entiendo que si tengo preguntas, debo comunicarme con el departamento de seguros de ICFG al (213) 989-4400.

Mi Proveedor de Seguro: _____ Número de Póliza: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____

Actualmente no está asegurado - ICFG se reserva el derecho de subrogación si posteriormente se determina que el seguro médico personal estaba vigente.

El niño(a) está actualmente bajo el cuidado de un médico por la(s) siguiente(s) condición(es): _____

Enfermedad o condición médica crónica o recurrente (incluyendo condiciones de comportamiento): _____

Operaciones o lesiones graves (incluyendo fechas): _____

¿El participante ha sido inmunizado contra el tétanos y la difteria? Sí No Fecha de la última inmunización _____

Enumere las actividades de las cuales el participante debe ser excluido(a): _____

Enumere cualquier medicamento/tratamiento que se administrará durante el evento (especifique las dosis y los intervalos/horas): _____

Médico de Familia o Grupo Médico: _____ Teléfono _____

ALERGIAS Y RESTRICCIONES ALIMENTICIAS (enumere cualquier alimento, medicamento, planta, insecto u otras alergias)

EVENTOS Y CAMPAMENTOS CUADRANGULARES

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES Y FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIONES

COVID-19 Verifico que yo o el niño mencionado anteriormente no ha sido diagnosticado con COVID19 y que Yo/mi hijo NO tengo/tiene ni he/ha tenido ninguno de los siguientes síntomas de COVID19 en los últimos 14 días: Tos o dificultad para respirar o al menos dos de los siguientes: fiebre, escalofríos, temblores repetidos con escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta, nueva pérdida del gusto o del olfato. Reconozco que se declaró una emergencia nacional debido al brote de COVID-19 y que diferentes estados y/o condados/ciudades pueden estar en varios estados de emergencia. Reconozco que incluso si La Iglesia Cuadrangular ha tomado medidas razonables a la luz de COVID-19 y otros coronavirus, no hay garantía de que yo o mi hijo no contraigamos/transmitamos COVID-19 mientras participamos, o viajamos hacia y desde, el Evento y libero a La Iglesia Cuadrangular en caso de tal ocurrencia. El Centro para el Control de Enfermedades ha identificado que ciertas personas tienen un mayor riesgo de enfermedad grave si se enferman con COVID-19. Esto incluye a aquellos que tienen enfermedad pulmonar crónica, asma moderada/grave, una afección cardíaca grave, están inmunocomprometidos o tienen obesidad grave, diabetes o enfermedad renal/hepática crónica o que tienen más de 65 años. Con base en los criterios de Alto Riesgo del CDC, por favor reconozca su comprensión y voluntad de aceptar este riesgo y libere a La Iglesia Cuadrangular de cualquier y toda responsabilidad en caso de que usted o su hijo se enfermen durante cualquier parte de este Evento.

FIRME >

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

ACUERDOS DE CUSTODIA PROTECTORA

¿Existe una orden judicial vigente que incluya a ciertas personas que no están autorizadas para recoger a su hijo(a)? [] Sí [] No
 Si es así, las siguientes personas NO pueden recoger a mi hijo(a): _____
 Si es así, las siguientes personas PUEDEN recoger a mi hijo(a): _____

FIRME >

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Según mi mejor conocimiento, este historial de salud es correcto, y el niño(a) aquí mencionado(a) tiene permiso para participar en todas las actividades del campamento, excepto como se indica. Por la presente doy permiso al personal médico seleccionado por el director del campamento, para ordenar radiografías, exámenes de rutina, tratamientos; para mantener y/o divulgar cualquier registro médico necesario para tratamiento médico o para fines de seguro, según se describe en los reglamentos de HIPAA; y, para proporcionar o arreglar el transporte relacionado necesario para mí o para mi hijo(a). En una emergencia, por la presente doy permiso y autorizo al médico seleccionado por la Iglesia Cuadrangular para asegurar o administrar un tratamiento médico de emergencia, incluida la hospitalización y cualquier otro procedimiento médico de emergencia que pueda ser necesario o que se considere apropiado para el niño(a) mencionado(a) en este documento. Autorizo al médico o al dentista a llamar a cualquier consultor necesario a su discreción. Se entiende que este consentimiento se otorga antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico que se requiera, y se otorga para animar a aquellas personas que tienen la custodia temporal de mi hijo(a), y dicho médico o dentista debe ejercer su mejor juicio en cuanto a los requisitos de tal diagnóstico o tratamiento médico, dental o quirúrgico. Además, autorizo a mi hijo(a) a llevar medicamentos de emergencia y usarlos según lo indicado; También autorizo que el campamento mantenga y administre los medicamentos de mi hijo(a) de acuerdo con mis instrucciones.

FIRME>

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Estoy de acuerdo en seguir siendo totalmente responsable del pago de dichos honorarios hospitalarios, médicos, de ambulancia, dentales o médicos, con la excepción de la Cobertura de Accidentes tal como se establece en este documento en la medida en que se aplique. Además, acepto que al otorgar este permiso y autorización, la Iglesia Cuadrangular no asume ninguna responsabilidad u obligación por el pago de dichos honorarios hospitalarios, médicos, de ambulancias, dentales o de otro tipo en los que pueda incurrirse. Los formularios completos pueden ser fotocopiados y mantenidos por personal autorizado para viajes fuera de las instalaciones de la Cuadrangular.

FIRME >

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

RECONOCIMIENTO DE RIESGO/EXENCIÓN Y AUTORIZACIÓN RECONOZCO Y ENTIENDO QUE HAY RIESGOS INHERENTES ASOCIADOS CON MUCHAS ACTIVIDADES DE EVENTOS Y ENTIENDO QUE NO ES PRÁCTICO QUE TODOS ESOS RIESGOS ESTÉN ENUMERADOS AQUÍ. CON LA PANDEMIA GLOBAL DEL COVID-19, NOS HA RECORDADO QUE UNO DE TALES RIESGOS ES LA EXPOSICIÓN A ENFERMEDADES CONTAGIOSAS, PANDEMIAS Y COSAS ASÍ. ASUMIRÉ TODOS LOS DIFERENTES RIESGOS ASOCIADOS CON ESO, SEAN CONOCIDOS O DESCONOCIDOS POR MÍ O MI HIJO(A) EN ESTE MOMENTO. RECONOZCO QUE LA ASISTENCIA DE MI HIJO(A) A UN EVENTO DE LA IGLESIA CUADRANGULAR ES UN PRIVILEGIO, Y COMO UNA CONSIDERACIÓN PARA ESTE PRIVILEGIO, MI HIJO(A) Y YO LIBERAMOS A LA IGLESIA CUADRANGULAR, INCLUYENDO A SUS EMPLEADOS, AGENTES REPRESENTATIVOS Y VOLUNTARIOS, DE LA RESPONSABILIDAD DE LA LESIÓN FÍSICA ACCIDENTAL DE MI HIJO(A), INCLUYENDO LA MUERTE O ENFERMEDAD Y LA PÉRDIDA DE PROPIEDAD PERSONAL MIENTRAS ESTÉ EN ESTE EVENTO O DURANTE EL VIAJE PATROCINADO POR LA IGLESIA CUADRANGULAR HACIA Y DESDE EL EVENTO ASOCIADO CON ESTE CONSENTIMIENTO. ESTA RENUNCIA TAMBIÉN ESTÁ INTENCIONADA PARA INCLUIR TODOS LOS RECLAMOS HECHOS POR MI FAMILIA Y LA FAMILIA DE MI HIJO(A), HEREDAD, HEREDEROS, REPRESENTANTES PERSONALES O CESIONARIOS DE MI HIJO(A). OTORGO PERMISO PARA QUE MI HIJO(A) PARTICIPE EN TODOS LOS VIAJES ESPECIALES FUERA DEL LUGAR DEL EVENTO CON LA SUPERVISIÓN DEL PERSONAL APROPIADA.

INDEMNIZACIÓN FIRMANDO A CONTINUACIÓN, ACEPTO INDEMNIFICAR, DEFENDER Y MANTENER LA IGLESIA FOURSQUARE DE CUALQUIER RECLAMO AFIRMADO POR MI HIJO(A) CONTRA LA IGLESIA CUADRANGULAR, INCLUYENDO SUS EMPLEADOS, AGENTES, REPRESENTANTES Y VOLUNTARIOS, SI MI HIJO(A) INTENTA RECHAZAR ESTA AUTORIZACIÓN DESPUÉS DE OBTENER LA MAYORÍA DE EDAD.

PUBLICACIÓN DE FOTOS POR ESTE MEDIO CONCEDO PERMISO A LA IGLESIA CUADRANGULAR, EL DERECHO DE USAR, REPRODUCIR, Y/O DISTRIBUIR FOTOGRAFÍAS, PELÍCULAS, VIDEOCINTAS Y GRABACIONES SANAS DE MI HIJO, SIN COMPENSACIÓN O DERECHOS DE APROBACIÓN, PARA EL USO EN MATERIALES CREADOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER LAS ACTIVIDADES DE LA IGLESIA CUADRANGULAR.

FIRME >

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____