

**Renton Junior Crew: Absolución e historia médico** Este formulario expira el 31 de diciembre del año calendario en que se firmó

**Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

Por medio de la presente autorizo y doy mi consentimiento también para que el menor mencionado anteriormente reciba cualquier tratamiento que el médico y/o dentista del centro médico considere necesario para tratar dicha emergencia como, por ejemplo, exámenes médicos, dentales y quirúrgicos u operaciones y tratamientos médicos relacionados, incluyendo la administración de medicamento, realización de pruebas, administración de anestesia y/o transfusiones de sangre. Por medio de la presente doy mi consentimiento para que cualquier doctor o agencia pueda acceder al historial médico del menor señalado y para que el mismo pueda ingresar en el hospital.

**Firma del padre/guardián:** \_\_\_\_\_

Entiendo que el Renton Rowing Center, la George Pocock Rowing Foundation y sus funcionarios, empleados y voluntarios no asumen ninguna obligación o responsabilidad financiera en el caso del accidente o enfermedad de mi hijo. Si yo, o alguien en mi nombre o el de mi hijo, presentamos una reclamación contra el Renton Rowing Center, la George Pocock Rowing Foundation o sus funcionarios, empleados y voluntarios que surjan de o estén relacionados con la participación de mi hijo en los programas de Renton Rowing Centers, acepto indemnizarlos y salvarlos y mantenerlos a salvo de cualquier gasto de litigio, honorarios de abogados, pérdidas, responsabilidad, daños o costos en los que puedan incurrir debido a la reclamación contra cualquiera de ellos, ya sea que la reclamación se base en su negligencia o de otra manera. Firmo este acuerdo en mi nombre y en nombre de mis representantes personales, cesionarios, herederos y familiares. Por la presente autorizo el tratamiento de emergencia para mi hijo y asumo la responsabilidad financiera de dicho tratamiento.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Persona principal a contactar en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono (día): \_\_\_\_\_ (tarde): \_\_\_\_\_

**Persona alternativa a contactar en caso de emergencia:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono (día): \_\_\_\_\_ (tarde): \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Seguro de Salud: \_\_\_\_\_ # de póliza: \_\_\_\_\_

Asma (elija uno): SÍ NO ¿Este niño lleva un inhalador? (elija uno): SÍ NO

**Preocupaciones médicas como alergias conocidas, limitaciones en actividades, etc. (sea específico):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_