MAGDALENA ECKE FAMILY YMCA
ES PARA TODOS

200 Saxony Road • Encinitas, CA 92024
(760) 942-9622 • FAX (760) 944-9329
http://ecke.ymca.org

2005 RESPONSABILIDADES Y DERECHOS A MEDICINA

Nombre:_____

Apellido:_____

◆ INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

FAVOR DE USAR TINTA

NOMBRE		
FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO)	**EDAD**	**MUJER HOMBRE**
DOMICILIO		
CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL	**TELEFONO DE CASA**	
NOMBRE DE LA MADRE	**TELEFONA DE TRABAJO**	
NOMBRE DEL PADRE	**TELEFONO DE TRABAJO**	

YMCA of San Diego County Branch Release/Waiver For YMCA Youth (Minors)

Yo, la persona/padre que tiene custodia legal del menor, doy permiso que el/la menor participen en los programas de la YMCA. El menor esta fisicalmente y mentalmente preparado para participar en las actividades como son descritas en el programa.

En considerasion del menor al cual doy permiso de entrar a la YMCA, y use el equipo, facilidad y participle en los programas. Yo como guardian, entrenador, ayudante, spectador y participante adjiro o la siguiente.

1) Entiendo que (yo) he leido este documento, yo revise la facilidad, el equipo que se utiliza, yo acepto que estan sanos y salvos para lo que se usan. Yo firmo este documento voluntariamente. 2) Yo quito responsabilidad a los directores, officials, empleados y voluntarios por caulquer perdida, daño a propiedad, muerte a una persona, asi sea cuasado por la persona que participa o el adulto cuando esten en la YMCA. 3) Yo estoy de acuerdo de no multar a la YMCA por cualquier perdida, herida o muerte. La YMCA no toma carjo de ningon costo que obtenga por cualquier accidente causado en la YMCA. 4) Yo tomo responsabilidad total por cualquier riezgo, herida, muerte o daño a la propiedad causado por neglejancia de la persona en programo o actividad encual participa. 5) Yo autorizo a la YMCA como agente para administrar rayos-x, anesthetico, medicina, servicio dental y sirujia o tratamiento en hospital, cuando un espacialista sugera. Esto esta bajo el entendimiento de California Medical Practice Act. Yo entiendo que la YMCA no es responsible por ninjun coso adquerido por el doctor, hospital, o medicina.

Mi intencíon con esté documento es que sea tan amplio e inclusivo como permita a la lay del Estado de California. Si cualquier parte no es validad, yo entiendo que el balance continue con toda fuerra y effecto.

_____ _____
Firma Padre/Guardian Fecha

Fotografias

Yo_____doy permiso a la YMCA del Condado de San Diego que usen mi foto o la del menor. Especialmente_____, en las publicasiones y campaña.

_____ _____
Firma Padre/Guardian Fecha

_____

FIRMA **FECHA**

(Marque uno)

❒ PADRE/MADRE ❒ GUARDIAN LEGAL

❒PERSONA QUE TIENE CUSTODIA LEGAL AL TIEMPO DE LA CLASE, EL PROGAMA O EL CAMPAMENTO.

◆ INFORMACIÓN DE SU DOCTOR

REQUERIDO POR LA LEY DEL ESTADO

NOMBRE DE LA COMPANIA QUE LOS ASEGURA
NUMERO DE PÓLIZA
NOMBRE DEL DOCTOR DE FAMILIA
NUMERO DE TELEFONO
NOMBRE DEL DENTISTA
NUMERO DE TELEFONO

◆ INFORMACIÓN DE SUS VACUNAS

VACUNAS	AÑO
DPT	
PAPERAS	
RUBIOLA	

LISTA CUALQUIER ALERGIA, OPERACIÓN, ENFERMEDADES O ALGO QUE LE IMPIDA CUALQUIER ACTIVIDAD FISICA.

_____

_____

_____

MI HIJO/A TOMA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS REGULARMENTE:

MEDICINA	HORA DE TOMAR	DOSIS

Empleados del cuidado a su hijo/a no tienen la autorización de dar ninguna medicina que no sea recetada por un doctor. Una nota del doctor debe acompañar la medicina que reciva el niño/a.

AUTORIZACIÓN DE LIBERACION DEL NIÑO/A PERSONA QUE TIENE PERMISO DE RECOJER AL NIÑO/A DE LA YMCA

NOMBRE RELACIÓN TELEFONO DE HOJAR TELEFONO DE TRABAJO

1._____

2._____

3._____

☛**IMPORTANTE: Esta forma tiene que ser completada cada año. Puede entregarla en el escritorio de registracion durante las horas regulares de operación, o puede enviarla por correo a la dirección, 200 Saxony Road, Encinitas CA. 92024 attn: Departamento de registración. Tambien puede mandarla en forma de Fax al numero (760) 944-9329. Debe estar en la oficina de la Magdalena Ecke Family YMCA antes de que inicie en programa.**