



MAGDALENA ECKE FAMILY YMCA

# YOUTH MEDICAL RELEASE FORM

200 SAXONY ROAD  
ENCINITAS, CA 92024  
FAX: 760.944.9329

IMPORTANT • THIS FORM MUST BE COMPLETED ANNUALLY. It can be dropped at the Registration Desk during regular business hours, mailed to the Magdalena Ecke Family YMCA, attn: Registration Department, 200 Saxony Road, Encinitas, CA 92024; or faxed to 760.944.9329, attn: Registration Department. It must be received at the Magdalena Ecke Family YMCA prior to the start of all classes, programs or camps.

## CHILD'S INFORMATION

|   |  |  |  |              |             |          |            |             |  |
|---|--|--|--|--------------|-------------|----------|------------|-------------|--|
| CHILD'S NAME:   |  |  |  |              |             |          |            |             |  |
| BIRTH DATE:   |  |  |  | AGE          |             | MALE { } | FEMALE { } | HOME PHONE: |  |
| HOME ADDRESS:   |  |  |  |              |             |          |            |             |  |
| PARENT 1 NAME:  |  |  |  |              | CELL PHONE: |          | EMAIL:     |             |  |
| PARENT 2 NAME:  |  |  |  |              | CELL PHONE: |          | EMAIL:     |             |  |
| GUARDIAN'S NAME:  |  |  |  |              | CELL PHONE: |          | EMAIL:     |             |  |
| CHILD RELEASE AUTHORIZATION   Persons authorized to pick-up child from facility |  |  |  |              |             |          |            |             |  |
| 1 NAME:   |  |  |  | RELATIONSHIP |             | PHONE:   |            | PHONE 2:    |  |
| 2 NAME:   |  |  |  | RELATIONSHIP |             | PHONE:   |            | PHONE 2:    |  |
| 3 NAME:   |  |  |  | RELATIONSHIP |             | PHONE:   |            | PHONE 2:    |  |
| PERSONS UNAUTHORIZED   Persons NOT authorized to pick-up child                  |  |  |  |              |             |          |            |             |  |
| 1 NAME:   |  |  |  | RELATIONSHIP |             | PHONE:   |            | PHONE 2:    |  |
| 2 NAME:   |  |  |  | RELATIONSHIP |             | PHONE:   |            | PHONE 2:    |  |

## HEALTH INFORMATION | REQUIRED BY STATE LAW

|   |   |                           |  |
|---|---|---------------------------|--|
| HEALTH INSURANCE CO.:   |   | POLICY #:                 |  |
| DOCTORS NAME:   |   | PHONE #                   |  |
| DENTISTS NAME:  |   | PHONE #                   |  |
| ARE YOUR IMMUNIZATION RECORDS UP TO DATE?   | YES { }   NO { }  | TETANUS SHOT DATE NEEDED: |  |
| LIST ALLERGIES, SERIOUS INJURIES, DISEASES, OPERATIONS AND ANY RESTRICTIONS ON PHYSICAL ACTIVITY: | IS THIS CHILD CURRENTLY TAKING ANY MEDICATIONS? YES { } NO { }  |                           |  |
|   | THERE IS A SEPARATE FORM REQUIRED FOR MEDICATION TAKEN DURING CAMP. THAT FORM IS AVAILABLE FROM THE CAMP UNIT LEADER OR FROM THE FRONT DESK.  |                           |  |
| LIST ANY CONDITIONS REQUIRING SPECIAL CONSIDERATION, ACCOMMODATIONS:                              | LIST ANY PAST TREATMENT THAT MAY AFFECT PARTICIPATION IN CAMP:  |                           |  |
|   |   |                           |  |
| LIST ANY ACTIVITIES FROM WHICH THE CAMPER SHOULD BE EXEMPTED FOR HEALTH REASONS:                  | YMCA OF SAN DIEGO COUNTY MEMBER/PARTICIPANT ETHNICITY TRACKING TOOL: (OPTIONAL) THIS VOLUNTARY INFORMATION WILL BE USED FOR STATISTICAL PURPOSES IN ORDER TO ENABLE OUR YMCA TO PROVIDE QUALITY SERVICES TO OUR COMMUNITY?  |                           |  |
|   | <input type="checkbox"/> WHITE/CAUCASIAN <input type="checkbox"/> NATIVE AMERICAN INDIAN <input type="checkbox"/> BLACK/AFRICAN AMERICAN<br><input type="checkbox"/> HISPANIC/LATINO <input type="checkbox"/> ASIAN/PACIFIC ISLANDER <input type="checkbox"/> MULTI-CULTURAL<br>PRIMARY LANGUAGE:<br><input type="checkbox"/> ENGLISH <input type="checkbox"/> SPANISH <input type="checkbox"/> OTHER _____ |                           |  |

I, the undersigned parent/person having legal custody/guardianship of the above said minor, give permission for the minor to participate in all YMCA programs. The minor is physically able and mentally prepared to participate in all activities as described in the announcement for the program.

In consideration of said minor being permitted to enter any branch of the YMCA of San Diego County ("YMCA") for observation, use of facilities and/or equipment, or participation in any program, I, on behalf of myself (as parent, guardian, coach, aide, spectator or participant) hereby:

- Acknowledge that (i) I have read this document, (ii) I have inspected the YMCA facilities and equipment, (iii) I accept them as being safe and reasonably suited for the purposes intended and (iv) I voluntarily sign this document.
- Release the YMCA, its directors, officers, employees and volunteers (collectively "Releasees") from all liability to me for any loss or damage to property or injury or death to person, whether caused by Releasees or otherwise and while such minor is in or near any YMCA branch.
- I agree not to sue Releasees for any loss, damage, injury or death described above and I will indemnify and hold harmless Releasees and each of them from any loss, liability, damage or cost they may incur due to said minor's presence in, upon or near the YMCAs branch: whether caused by the negligence of Releasees or otherwise.
- I assume full responsibility for, and risk of, bodily injury, death or property damage due to the negligence of Releasees or otherwise.
- I do hereby authorize the YMCA as agent for the undersigned, to consent with respect to said minor, to any x-ray examination, anesthetic, medical, dental, or surgical diagnosis or treatment, and hospital care which is deemed advisable by and is to be rendered under general or special supervision of, any physician and surgeon licensed under the provisions of the California Medical Practice Act on the medical staff of any hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of the physician or the hospital. I understand that the YMCA is not responsible for costs incurred for medical care.
- I have read and agree to the Magdalena Ecke Family YMCA credit and refund policies.
- I give the YMCA of San Diego county permission to use any picture or likeness of me, or a picture or likeness of my children, in the YMCA's general publicity and campaign materials.

I intend this document to be as broad and inclusive as is permitted by the laws of the State of California: if any portion hereof is held invalid, I agree the balance shall continue in full force and effect.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: \_\_\_\_\_

PRINT NAME: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_



# MAGDALENA ECKE FAMILY YMCA FORMA DE LIBERACION DE RESPONSABILIDAD MEDICA JUVENIL

200 SAXONY RD.  
ENCINITAS, CA 92024  
FAX: 760.944.9329

**IMPORTANTE: ESTA FORMA DEBE SER COMPLETADA ANUALMENTE. Puede ser entregada en el Escritorio de Registración durante horas regulares de oficina, enviada por correo a la YMCA de Magdalena Ecke Family de la siguiente manera: Registration Department, 200 Saxony Road, Encinitas, CA 92024, o enviada por fax (760) 944-9329 con atención al Registration Department. Esta forma debe ser recibida en la YMCA de Magdalena Ecke Family antes del inicio de todas las clases, programas, o campamentos.**

## INFORMACION DEL NIÑO O NIÑA

|   |          |                    |              |
|---|----------|--------------------|--------------|
| NOMBRE DEL NIÑO(A):   |          |                    |              |
| FECHA DE NACIMIENTO:  | EDAD:    | MASCULINO { }      | FEMENINO { } |
| DIRECCION DE CASA:  |          |                    |              |
| PADRE DE FAMILIA 1:   |          | NUMERO DE CELULAR: | EMAIL:       |
| PADRE DE FAMILIA 2:   |          | NUMERO DE CELULAR: | EMAIL:       |
| NOMBRE DEL GUARDIAN:  |          | NUMERO DE CELULAR: | EMAIL:       |
| <b>AUTORIZACION PARA ENTREGAR AL NIÑO(A) – Personas autorizadas para recoger a su niño(a) de las instalaciones-</b> |          |                    |              |
| 1 NOMBRE:   | RELACION | TELEFONO:          | TELEFONO 2:  |
| 2 NOMBRE:   | RELACION | TELEFONO:          | TELEFONO 2:  |
| 3 NOMBRE:   | RELACION | TELEFONO:          | TELEFONO 2:  |
| <b>PERSONAS NO AUTORIZADAS – Personas NO autorizadas para recoger a su niño(a)</b>                                  |          |                    |              |
| 1 NOMBRE:   | RELACION | TELEFONO:          | TELEFONO 2:  |
| 2 NOMBRE:   | RELACION | TELEFONO:          | TELEFONO 2:  |

## INFORMACION DE SALUD | REQUERIDA POR LA LEY ESTATAL

|  |  |
|--|--|
| NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS.:   | NUMERO DE POLIZA:  |
| NOMBRE DEL DOCTOR:   | NUMERO DE TELEFONO   |
| NOMBRE DEL DENTISTA:   | NUMERO DE TELEFONO   |
| ¿ESTAN SUS VACUNAS AL CORRIENTE? SI { } NO { }   | NECESITAMOS LA FECHA DE LA VACUNA DEL TETANOS  |
| ANOTE LAS ALERGIAS, LESIONES SERIAS, ENFERMEDADES OPERACIONES, Y CUALQUIER RESTRICCION EN ACTIVIDADES FISICAS: | ¿ESTA SU NIÑO ACTUALMENTE TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? SI { } NO { }   |
| _____  | EXISTE UNA FORMA POR SEPARADO QUE SE REQUIERE PARA TOMAR MEDICAMENTOS DURANTE LOS CAMPAMENTOS. ESA FORMA ESTA DISPONIBLE CON EL LIDER DE LA UNIDAD DEL CAMPAMENTO, O EN EL ESCRITORIO DE REGISTRACION.   |
| _____  |  |
| _____  |  |
| _____  |  |
| LISTE CUALQUIER CONDICION QUE REQUIERA CONSIDERACIONES O ACOMODAMIENTOS ESPECIALES:                            | LISTE CUALQUIER TRATAMIENTO PASADO QUE PUEDA AFECTAR LA PARTICIPACION EN EL CAMPAMENTO:  |
| _____  | _____  |
| _____  | _____  |
| _____  | _____  |
| LISTE CUALQUIER ACTIVIDAD O ACTIVIDADES DE LAS QUE DEBA SER EXCLUIDO SU NIÑO(A) POR RAZONES DE SALUD:          | HERRAMIENTA DE CHEQUEO DE ETNICIDAD DE MIEMBROS/PARTICIPANTES DE LA YMCA DE SAN DIEGO: (OPCIONAL) ESTA INFORMACION VOLUNTARIA SERA USADA PARA PROPOSITOS ESTADISTICOS CON EL FIN DE PERMITIR A LA YMCA EL PROPORCIONAR SERVICIOS DE CALIDAD A NUESTRA COMUNIDAD. |
| _____  | { } BLANCO/CAUCASICO { } INDIO NATIVO AMERICANO  |
| _____  | { } NEGRO/AFRO-AMERICANO   |
| _____  | { } HISPANO/LATINO { } ASIATICO/DE LAS ISLAS DEL PACIFICO  |
| _____  | { } MULTI-CULTURAL LENGUAJE PRIMARIO:  |
| _____  | { } INGLES { } ESPAÑOL { } OTRO _____  |

Yo, el padre de familia/persona que tiene la custodia legal/guardián del menor antes mencionado, doy permiso para que el menor participe en todos los programas de la YMCA. El menor es apto físicamente, y está mentalmente preparado para participar en todas las actividades como son descritas en el anuncio del programa.

En consideración de dicho menor al cual se le permitirá entrar en cualquier división de la YMCA del Condado de San Diego ("YMCA") para observación, uso de las instalaciones y/o equipo, o para la participación en cualquier programa, yo, a nombre de mi mismo (como padre de familia, guardián, entrenador, ayudante, espectador, o participante) por la presente:

- Reconozco que (i) yo he leído este documento, (ii) yo he inspeccionado las instalaciones de la YMCA y el equipo, (iii) yo las he aceptado como seguras y razonablemente adecuadas para el propósito para el que están y (iv) yo voluntariamente firmo este documento.
- Libero a la YMCA, sus directores oficiales, empleados y voluntarios (colectivamente "Liberados") de toda responsabilidad legal hacia mí de cualquier pérdida de propiedad, o herida, o muerte de una persona, ya sea causada por los Liberados, o de otra forma y mientras el menor está en o cerca de la división de la YMCA.
- Yo estoy de acuerdo en no demandar a los Liberados de cualquier pérdida, daño, herida o muerte descrita anteriormente y yo compensaré y mantendré sin daño a los Liberados y a cada uno de ellos por cualquier pérdida, responsabilidad legal, daño o costo en el que ellos puedan incurrir debido a la presencia del menor en, sobre, o cerca de las divisiones de la YMCA: ya sea causada por la negligencia de los Liberados o de otra forma.
- Yo asumo completa responsabilidad por, y riesgo de, herida corporal, muerte o daño de propiedad debida a la negligencia de los Liberados o de otra forma.
- Yo por la presente autorizo a la YMCA como agente de los firmantes, para consentir con respecto a dicho menor, a llevar a cabo cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico, dental o quirúrgico, y cuidado de hospitalización cuando sea considerado aconsejable por y deberá ser llevado a cabo bajo supervisión general o especial de, cualquier médico y cirujano con licencia mediante las provisiones de la Ley de Prácticas Médicas de California en el personal médico o cualquier hospital, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento sea llevado a cabo en la oficina del médico o verbalmente por indicación del médico en el hospital. Yo entiendo que la YMCA no es responsable por los costos incurridos por cuidado médico.
- Yo he leído y estoy de acuerdo con las políticas de crédito y re-embolso de la YMCA de Magdalena Ecke Family.
- Yo doy mi permiso a la YMCA del Condado de San Diego para usar cualesquiera fotografía o similar de mi persona, o cualesquiera fotografía o similar de mi niño(a), en la publicidad general y materiales de campaña de la YMCA.

Yo intento que este documento sea usado tan amplia e inclusivamente como las leyes del Estado de California lo permitan: si cualquier porción presente se considera invalida, estoy de acuerdo de que el balance continúe con toda su fuerza y efecto.

|                                      |                       |             |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------|
| FIRMA DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN _____ | ANOTE SU NOMBRE _____ | FECHA _____ |
|--------------------------------------|-----------------------|-------------|