



Ministerio Vision de la Cosecha Year: _____

Harvest Kids Harvest Vision Fellowship Curlew Fellowship Ministries

Forma de permiso del participante Reconocimiento de riesgos y asunción de responsabilidad Información confidencial (rev 4/7/2020)

Nombre del participante _____		Fecha de nacimiento _____	El sexo _____	
La estatura _____	Cuanto pesa _____	Color de pelo _____	Color de ojos _____	
Direccion de su casa _____		Ciudad _____	Estado _____	Codigo postal _____
Numero de dia _____	Numero de noche _____		Recibe mensajes de texto SI / NO _____	
Correo electronico _____				
Nombre de contacto de emergencia _____			Numero de telefono _____	
Numero de telefono del doctor del participante _____			Numero de aseguransa y numero de polisa _____	

Autorizo al personal de Harvest Vision Ministries a dar su consentimiento para exámenes de emergencia y / o procedimientos de diagnóstico, obtención de tratamiento médico, cirugía de emergencia o administración de los anestésicos necesarios, cuando, en opinión de cualquier médico o cirujano de buena reputación, dicho tratamiento médico sea se considera necesario para la salud mental o física del participante y no podemos contactarnos dentro de un tiempo razonable para obtener mi / nuestro consentimiento para el tratamiento. Esta concesión de autoridad no creará un deber independiente por parte del personal de los Ministerios de Harvest Vision para dar su consentimiento para el tratamiento. Tengo un seguro apropiado o, en su ausencia, acepto pagar todos los costos incurridos en mi / nuestro nombre.

Estoy de acuerdo en asumir y aceptar la responsabilidad total de todos los riesgos, conocidos y desconocidos, inherentes o no. Mi / nuestra participación en estos viajes, y las actividades de los mismos, es puramente voluntaria, nadie nos obliga a nosotros / nosotros a participar y yo / nosotros elegimos participar a pesar del pleno conocimiento de los riesgos inherentes. Soy (somos) físicamente y mentalmente capaces de participar en estos viajes y sus actividades.

En consideración a los servicios de Harvest Vision Ministries, sus funcionarios, agentes, empleados y todas las demás personas o entidades asociadas, certifico que soy completamente capaz de participar en estos viajes y sus actividades. Por lo tanto, asumo y acepto toda la responsabilidad por mí mismo, y en nombre de todos los niños menores bajo mi cuidado, custodia y control, por lesiones corporales, muerte o pérdida de bienes personales y gastos como resultado de esos riesgos y peligros inherentes no identificados específicamente y, como resultado de negligencia en participar en estas actividades y viajes.

He leído cuidadosamente, he entendido claramente y aceptado los términos y condiciones establecidos en este documento y reconozco que este acuerdo será efectivo y vinculante para mí, mis herederos, cesionarios, representantes personales y patrimonio y para todos los miembros de mi familia, incluidos los niños menores.

Soy responsable de notificar a Harvest Vision Ministries si alguna de esta información ha cambiado o si ya no deseo participar con Harvest Vision Ministries bajo estas condiciones.

Entiendo que las fotos tomadas como parte del ministerio pueden usarse para promover el ministerio.

*****Si el participante es menor de 18 años,
Este formulario debe ser firmado por un padre o tutor legal.**

Nombre del Participante (impreso) _____ Años _____

Nombre del participante (impreso) _____ Fecha _____

Nombre del padre (tutor) (impreso) _____ Años _____

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____