

## Proyecto C.A.R.E.

(Siglas en inglés de *Experiencia de cuerdas y actividades de desafío*)

### 2019– FORMULARIO DE DIVULGACIÓN

#### Conciencia sobre las políticas del programa

Los programas del proyecto C.A.R.E. implican una variedad de actividades que a menudo incluyen juegos de calentamientos, problemas de desafío cooperativo en grupos, aventuras al aire libre con elementos de curso de cuerdas altas y bajas, y otras actividades físicas. El nivel de participación es en todo momento a criterio del individuo. A esto lo llamamos "*Desafío por elección*". El personal tomará precauciones razonables para garantizar actividades seguras. A usted se le dará un panorama del programa que está a punto de tomar, y se le informarán las reglas y reglamentos de seguridad que esperamos siga. Cada individuo participante asume la responsabilidad personal al confrontar los desafíos físicos y emocionales, tanto reales como percibidos. Acepto cooperar con el personal y seguir sus pautas para garantizar una actividad segura y divertida.

#### Exámenes médicos, exención de responsabilidades y consentimiento:

Entiendo que algunas partes del programa del proyecto C.A.R.E. pueden ser física o emocionalmente desafiantes. Confirmando que la salud de mi hijo o adolescente es buena, y que él o ella no se encuentra bajo el cuidado de un médico por ninguna condición no divulgada que pueda afectar su salud para participar en las actividades del proyecto C.A.R.E. Si tengo 18 años de edad o más, confirmo que mi salud es buena y que no me encuentro bajo el cuidado de un médico por ninguna condición no divulgada que pueda afectar mi salud para participar en las actividades del proyecto C.A.R.E. Reconozco el riesgo inherente de lesiones físicas en cualquier actividad en la que participe mi hijo, adolescente o yo mismo. **Eximo y libero a The Long Island Home, d/b/a South Oaks Hospital, a los miembros de su personal y al consejo de administración de todas y cada una de las responsabilidades de cualquier lesión que pueda sufrir mi hijo/adolescente, o yo mismo, como resultado de la participación en las actividades del proyecto C.A.R.E.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Organización/Grupo/Escuela: \_\_\_\_\_

#### Información del solicitante:

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa: \_\_\_\_\_ Negocio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor (si es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

**La firma del solicitante/padre o madre/tutor significa consentimiento para la participación.**

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

#### Consentimiento para fotografía

Por la presente le concedo a The Long Island Home, en representación de South Oaks Hospital, permiso para tomar fotografías y usar la apariencia de mi hijo, hija o de mí mismo (si tengo 18 años de edad o más) como fotografía o reproducción de otro tipo en todas las publicaciones, incluyendo sitio web, que se consideren apropiadas para promover los programas de The Long Island Home. Entiendo que este permiso es vinculante para mis herederos legales y no se me proporcionará ningún pago u otra consideración.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_