



Inspiring all girls to be strong, smart, and bold

Girls Inc. of Greater Santa Barbara Forma Médica

Nombre de Niño/a (Primero, Apellido): _____ Fecha de Nacimiento: __/__/__ Edad: __

INFORMACION DE SALUD:

Niño/a Sujeto a:

Resfriados	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Desmayos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Desgarro Muscular	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Bronquitos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Calambres	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Alergias	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Niño/a Tiene o ha Tenido:

Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Problemas Pulmonares	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Huesos Rotos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sinusitis	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Hernia (Reventado)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Apendicitis	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cirugía de Cualquier Tipo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

¿Está recibiendo tratamiento médico su niño/a? SI NO

Si contesto "SI" en cualquier área, por favor explique:

Anote todos los medicamentos que la niña/o esté tomando:

<u>Nombre de Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Horario Tomado</u>	<u>Medico Prescriptor</u>
------------------------------	--------------	-----------------------	---------------------------

Describa alergias, restricciones dietéticas y/o reacciones a medicamentos:

Por favor anote cualquier discapacidad física que pueda limitar a su niño/a a participar en las actividades de Girls Inc. (problemas de vista, de oír, hablar, parálisis, diabetes, ulcera, etc.):

Nombre de Doctor: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre de Dentista: _____ Número de Teléfono: _____

¿Tiene su niño/a aseguranza médica? SI NO Nombre de Proveedor: _____

¿Tiene su niño/a aseguranza dental? SI NO Nombre de Proveedor: _____

Permiso de Aplicar Crema de Protector Solar:

Yo autorizo que Girls Inc. of Greater Santa Barbara aplique crema de protector solar a mi niño/a: SI NO

No autorizo, y entiendo que seré responsable de aplicar crema de protector solar a mi niño/a antes de asistir a Girls Inc. y tendré que mandar nuestra propia crema. _____ (iniciales)

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Teléfono de Casa: _____ Numero de Trabajo: _____ Celular: _____

OFFICE USE ONLY: Media Release YES No Referred By: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

Girls Inc. of Greater Santa Barbara OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

()

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

()



Inspiring all girls to be strong, smart, and bold

Girls Inc. of Greater Santa Barbara Exoneración y Renuncios de Responsabilidad

Nombre de Participante (Primero, Apellido): _____

Fecha de Nacimiento: (si es menor edad): ____/____/____

Por favor lea la siguiente Exoneración y Renuncios de Responsabilidad y confirme que la comprende firmando debajo.

Asunción de la responsabilidad completa de todos los riesgos de lesiones corporales, muerte o daños:

En mi nombre o como padre o guardián legal de _____ (nombre de niña), por presente autorizo y consiento mi/su participación en los programas ofrecidos por Girls Inc. of Greater Santa Barbara ("GIGSB" por sus siglas en ingles) y declaro que /son médicamente capaces de participar en esos eventos sin riesgo de daño para ellos mismos o para otros. Entiendo que la participación en actividades en GIGSB, incluidos, pero no limitados a, sus programas después de escuela, clases, excursiones, eventos deportivos, surf, cocinar y otros eventos y actividades atléticos, puede resultar en lesiones inevitables, incluidos, pero no limitados a, distensiones musculares u otros tejidos blandos, esguinces y desgarros, huesos rotos y lesiones graves como parálisis o incluso la muerte, y asumo voluntariamente el riesgo de lesiones asociadas con esos eventos. _____ (iniciales)

Solamente para Programa de Gimnasia de Girls Inc. of Greater Santa Barbara:

Autorizo y doy mi consentimiento para que _____ (nombre del participante) participe en actividades de gimnasia organizadas por GIGSB y declaro que yo/ellos están médicamente capacitados para participar en esas actividades sin riesgo de daño para mí/ellos mismos u otros. Reconozco que varios factores y causas, conocidos y desconocidos, asociados con la gimnasia pueden causar lesiones, que incluyen, pero no son limitados a, la altura y la posición del equipo y el cuerpo durante ciertos movimientos, la rotación del cuerpo y el movimiento del cuerpo, en un entorno único. Soy plenamente consciente de los riesgos inherentes a la gimnasia, el trampolín, la danza y todas las demás actividades físicas que ofrece el programa de Gimnasia de GIGSB y soy consciente de la posibilidad de lesionarme al participar en las actividades antes mencionadas, y asumo voluntariamente el riesgo de lesión planteado por tales actividades. _____ (iniciales)

Notificación: En caso de lesión, enfermedad o cualquier situación que pueda requerir atención médica durante o con motivo de un programa o excursión de GIGSB, se entiende que se hará un esfuerzo consciente para notificar al participante, o a su padre o guardián antes de la atención médica o se toman otras medidas necesarias. Si un participante no puede dar su consentimiento o si un padre o guardián no puede ser localizado de manera oportuna, entiendo que el costo de este servicio será asumido por mí. En el caso de que GIGSB considere que dicha atención o tratamiento médico es necesario, acepto liberar a GIGSB de cualquier responsabilidad en relación con dicha atención o tratamiento médico y pagar todos los costos asociados con dicha atención o tratamiento médico. _____ (iniciales)

Exoneración de Responsabilidad: En consideración por permitirme a mí/mi niña participar en las actividades ofrecidas por GIGSB. Yo, mis herederos y cesionarios, parientes más cercanos y todos los demás que actúen en mi nombre y en el de mi niña acordamos renunciar a todos y cada uno de los derechos, reclamos, daños, acciones, causas de acción o juicios de cualquier tipo o naturaleza que yo o mi niño tiene o puede tener en lo sucesivo contra GIGSB o cualquier agente, empleado, representante u otra persona que actúe en su nombre y para indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a GIGSB o a cualquier agente, representante u otra persona que actúe en su nombre por cualquier lesión sufrida como resultado de participar en aquellas actividades que ofrece GIGSB. Por la presente libero a GIGSB ya cualquier agente, empleado, representante u otra persona que actúe en su nombre o bajo su dirección de responsabilidad por conducta negligente común que pueda ocurrir en el futuro. _____ (iniciales).

En caso de que alguna parte o partes de este acuerdo se declaren nulas y sin efecto, el resto del acuerdo seguirá siendo válido y mantendrá su plena vigencia y efecto. Este reconocimiento de riesgo y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD ha sido leído por mí y entendido completamente y firmo voluntariamente. Tengo 18 años de edad o más. _____ (iniciales)

Nombre de Participante / Padre o Guardián (en letra de molde): _____

Firma de Participante / Padre o Guardián: _____

Fecha: _____



Inspiring all girls to be strong, smart, and bold

Girls Inc. of Greater Santa Barbara Consentimiento de Media Para Un Menor

Nombre de Participante (Primero, Apellido): _____

Fecha de Nacimiento (si es menor edad): ____/____/____

Participante: Esta es una versión de Derechos Legales. Por favor lea cuidadosamente y asegúrese de que lo entiende antes de firmar. Se debe firmar un formulario de consentimiento para cada participante dentro de la misma familia.

Yo soy el participante o el padre/guardián legal del participante menor de edad (nombre del niño/a) _____ (Participante). Por este medio doy permiso sin restricciones para que el participante sea fotografiado, grabado/a en video, grabado/a digitalmente, audio grabado/a y/o entrevistado/a por Girls Inc. de Greater Santa Barbara ("GIGSB" por sus siglas en inglés) o sus representantes. Entiendo y acepto que las fotografías y/o videos que contengan la imagen y/o la voz del participante, en su totalidad o en parte, pueden ser utilizados en la producción de materiales de instrucción y/o promoción producidos por GIGSB, y pueden ser compartidas con otras organizaciones, programas, o impresas terceras y que tales materiales pueden ser distribuidos o transmitidos al público y exhibidos públicamente. También doy permiso sin restricciones que se pueda usar el nombre del participante, fotografías y/o videos que contengan la imagen y/o la voz del participante o trabajos creativos en el internet y otras formas de media electrónica/digital o media de impresos.

Por la presente, concedo a GIGSB y sus agentes el derecho absoluto y permiso para usar lo siguiente del participante: su imagen, audio de voz, retratos fotográficos, imágenes, imágenes digitales, historias, citas, audio o video del participante o reproducciones para cualquier propósito legal, incluyendo, pero no limitado a uso en cualquier promoción de GIGSB a través de publicación, sitio web, medios sociales, video, entrevista, evento y/o publicidad. Por lo presente renuncio a cualquier derecho que tenga de inspeccionar y/o aprobar el producto terminado o la copia que se puede utilizar en relación con el mismo, en el que aparece el participante o el uso que se le puede dar o aplicar.

También entiendo que mi permiso para usar las fotografías, la imagen, el audio o el video es parar tiempo ilimitado. También estoy de acuerdo en que ningún dinero ni ninguna otra consideración, incluido el reembolso de gastos, nos corresponderá al participante, o a nuestros herederos, en ningún momento debido a la participación del participante en cualquiera de los anteriores o el uso del nombre del participante, su imagen/voz, su fotografía, o trabajo creativo.

Entiendo que todos los negativos, impresiones, reproducciones digitales y cintas de video serán propiedad de GIGSB y no tengo ningún interés en ellos. Renuncio a todos los derechos, títulos e intereses que pueda tener para controlar o aprobar el uso de cualquier imagen, audio de voz o imagen de video u otro uso de la imagen o grabación ahora o en el futuro, ya sea que conozca ese uso o desconocido, y renuncio a cualquier derecho a regalías o compensación por cada uso.

Para mí o como padre o guardián legal del participante, acepto liberar y mantener inofensivo a GIGSB, sus miembros, directores, agentes, oficiales, contratistas, voluntarios y empleados de y contra todas y cada tipo de reclamaciones, demandas, acciones, quejas, o otras formas de responsabilidad que surja del uso o el nombre del participante, su imagen/voz, o su trabajo creativo en televisión, radio, películas, redes sociales, Internet o cualquier otro medio electrónico / digital o material impreso. Esto incluye cualquier distorsión de reutilización, desenfoque, alteración, ilusión óptica o uso en forma compuesta, ya sea intencionalmente o de otra manera

Entiendo que cualquier cambio en el consentimiento se aplicará a partir de la fecha de recibimiento de esa notificación por escrito avanzando y no se puede aplicar retroactivamente a fotografías, historias, citas y similares previamente creados, y / o cualquier material promocional.

CONSENTIMIENTO PARA MENOR DE EDAD: Por la presente, certifico que soy el(los) padre(s) legal(es) o guardián(es) del participante menor de edad mencionado anteriormente y doy mi consentimiento sin reservas a lo anterior en nombre del participante.

Participante: Tengo al menos 18 años de edad y soy totalmente competente para firmar este consentimiento.

Nombre de Participante / Padre o Guardián (en letra de molde): _____

Firma de Participante / Padre o Guardián _____

Fecha: _____ Número de Teléfono: _____

GIRLS INC. OF GREATER SANTA BARBARA

Asunción del riesgo y renuncio de responsabilidad relacionada al Coronavirus / COVID-19

El nuevo coronavirus, COVID-19, ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization). COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se pasa principalmente por contacto de persona a persona. Girls Inc. de Greater Santa Bárbara ("GIGSB") ha implementado medidas preventivas para reducir la propagación de COVID-19; sin embargo, **GIGSB no puede garantizar que usted y / o su hijo/a no se infecten con COVID-19**. Además, la participación en actividades realizadas o asociadas con GIGSB podría aumentar su riesgo o el de su hijo/a de contraer COVID-19.

LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR – ESCRIBA SUS INICIALES EN CADA PÁRRAFO

____ INICIALES Al firmar este acuerdo, **yo reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que yo y / o mi niña podamos estar expuestos o infectados por COVID-19 al participar en eventos realizados o asociados con GIGSB; y que dicha exposición o infección puede provocar lesiones personales, enfermedades, discapacidad permanente y la muerte**. Entiendo que el riesgo de quedar expuesto o infectado por COVID-19 puede ser el resultado de acciones, omisiones o negligencia de mí y de otros, incluidos, pero no limitados a, los empleados, voluntarios y participantes del programa de GIGSB y sus familias.

____ INICIALES **Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y acepto la responsabilidad exclusiva de cualquier daño a mí mismo y / o a mi niña (incluido, pero no limitados a, daños personales, discapacidad y muerte), enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad, o gasto, de cualquier tipo, que pueda pasar o incurrir en relación con mi/su participación en eventos realizados o asociados con GIGSB ("Reclamaciones")**. En mi nombre y / o el de mi niña, por este medio libero, me comprometo a no demandar, despedir y eximir de responsabilidad a GIGSB, sus empleados, voluntarios, trabajadores contratados, agentes y representantes ("Liberados"), de las Reclamaciones, incluyendo todos los reclamos, responsabilidades, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan o estén relacionados con ellos. Entiendo y acepto que esta publicación incluye cualquier Reclamación basada en las acciones, omisiones o negligencia de GIGSB, sus empleados, voluntarios, trabajadores contratados, agentes y representantes, ya sea que ocurra una infección COVID-19 antes, durante o después de la participación de o asociado con GIGSB.

____ INICIALES Declaro que tengo un seguro médico adecuado para cubrir cualquier lesión o enfermedad que yo y / o mi hijo/a podamos sufrir o causar mientras participa en esta actividad, o de lo contrario yo acepto asumir los costos de dicha lesión o enfermedad yo mismo. Además, declaro que yo y / o mi niña no tenemos ninguna condición médica o física que pueda interferir con la participación segura en esta actividad, y estoy dispuesto a suponer y asumir los costos de todos los riesgos que puedan crearse, directa o indirectamente, por cualquier condición.

____ INICIALES Cualquier procedimiento legal que se presente para interpretar o hacer cumplir los derechos y obligaciones cubiertos por este Acuerdo se iniciará en el Estado de California, el Condado de Santa Bárbara y se regirá por las leyes del Estado de California. Estoy de acuerdo en que, si alguna parte de este acuerdo se considera nulo o no ejecutable, las restas porciones permanecerán validas en pleno fuerza y efecto.

____ INICIALES **He tenido tiempo suficiente para leer todo este documento y he tenido la oportunidad de consultar con un asesor legal antes de firmar**. Además, entiendo que esta actividad podría no estar disponible para mí o mi niña o que el costo de participar en esta actividad sería significativamente mayor si tuviera que elegir no firmar esta publicación, y estoy de acuerdo de que la oportunidad de participar al costo establecido en cambio por la ejecución de este comunicado es razonable. **He leído y comprendo este documento y acepto estar sujeto a sus términos**.

____ INICIALES Si he firmado una forma de responsabilidad general, por separado, relacionada con mi participación en eventos realizados por o asociados con GIGSB, acepto que los términos de esa forma están totalmente incorporados en este documento y que los términos de este documento están incorporados en la separada forma general.

____ INICIALES **Estoy de acuerdo en que yo y / o mi niña cumpliremos con todas las reglas y pólizas de salud y seguridad impuestas por GIGSB o por cualquier entidad gubernamental estatal, local o federal, y practicaré el distanciamiento social y la higiene limpia durante mi participación en eventos realizados por o asociado con GIGSB o mientras este en el local de GIGSB**.

Soy un participante / el padre o guardián legal del participante menor de edad _____ y estoy autorizado a participar en este Acuerdo en mi nombre o en su nombre. En consideración a que se me permita participar en actividades realizadas por o asociadas con GIGSB, también acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a los Liberados de cualquier reclamo que pueda presentar yo o en nombre de un participante menor o que esté relacionado de alguna manera con mi / su participación.

Nombre de Participante / Padre o Guardián (en letra de molde) _____

Firma de Participante / Padre o Guardián _____ Fecha _____



of Greater Santa Barbara

**Programas para Teens en Girls Inc.
Consentimiento y Permiso para caminar a casa de Girls Inc.**

Nombre de Estudiante: _____

Nombre de Padre / Guardian Legal: _____

Entiendo que la póliza general de Girls Inc. de Greater Santa Barbara es que una persona autorizada debe firmar la salida de un estudiante registrado. Sin embargo, un padre / tutor puede darle permiso a Girls Inc. para que su niña camine a casa / e irse del programa sin la supervisión de un adulto.

En firmando debajo, yo doy permiso para que el estudiante nombrado anteriormente pueda caminar a casa después de participar en programación de Girls Inc. sin supervisión de un adulto en cualquier día escolar. Con esta forma de permiso, indico mi consentimiento para asumir la responsabilidad totalmente del estudiante mencionado anteriormente.

Consentimiento de responsabilidad: En consideración por permitir que mi niña se despida de programación de Girls Inc. sin que un adulto firme su salida o no sea supervisado por un adulto, yo, mis herederos y cesionarios, los parientes más cercanos y todos los demás que actúen por parte de mí y mi niña, acepto renunciar a y todos los derechos, reclamos, daños, acciones, causas de acción o demandas de cualquier tipo o forma que yo o mi niña tengamos o podamos tener contra GIGSB o cualquier agente, empleado, representante u otro que actúe en su nombre y para indemnizar, defender y mantener inofensivo a GIGSB o cualquier agente, representante u otro que actúe en su nombre por cualquier herida sufrida como resultado. Yo, libero a GIGSB y a cualquier agente, empleado, representante u otro que actúe en su nombre de la responsabilidad por conducta negligente común que pueda ocurrir en el futuro.

Firma de padre/guardián legal

Fecha

- NO DOY** consentimiento para que el estudiante nombrado anteriormente pueda caminar a casa después de participar en programación para Teens en Girls Inc. sin supervisión de un adulto.

Firma de padre/guardián legal

Fecha