**Formulario de divulgación médica y de responsabilidad**

**Liberación Medica**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Participante de UMVIM) (adulto en el viaje)*

En tomar la decisión en acceda a cualquier examen necesario, anestesia, diagnóstico médico, cirugía tratamiento y / o atención hospitalaria prestada a mí bajo la supervisión general o especial y con el asesoramiento de cualquier médico o cirujano autorizado para practicar medicina por el estado en el que practica, durante la duración del viaje identificado a continuación.

Proyecto UMVIM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médico actual\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proveedor de seguro médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamentos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Persona en E.E.U.U. Para contactar en caso de una emergencia:***

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tipo de sangre**\_\_\_\_\_ ¿Tienes? **Diabetes** \_\_\_ Sí \_\_\_No **Convulsiones** \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_No

**Limitación física** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otra información medica** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al firmar, usted acepta que no será responsable la Junta General de Ministerios Globales de los Estados Iglesia Metodista, La Junta UMVIM de la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jurisdicción de la Iglesia Metodista Unida, la \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Conferencia Anual, y cualquier agencia relacionada, conferencia, distrito, iglesia local, miembro, empleado o agente, de cualquier responsabilidad, lesión, daño, pérdida, accidente, retraso o irregularidad relacionada con el la participación planificada del individuo suscrito o su participación en el Proyecto UMVIM mencionado anteriormente. El firmante ha sido informado y entiende que el proyecto puede implicar riesgos inusuales para los participantes. Esos riesgos pueden involucrar, entre otros, los siguientes: Peligros que resultan de una enfermedad; de la guerra civil o insurrección del tipo que hemos visto en los últimos años en Somalia, Bosnia, Liberia; de posguerra peligros tales como minas terrestres; de características geográficas como la altura, que puede tener un efecto perjudicial efecto en personas con afecciones cardíacas o enfermedades respiratorias; de calor extremo y humedad sin aire acondicionado disponible, o de frío extremo sin calefacción central. Lo anterior no es una lista exhaustiva de peligros que pueden surgir, pero es el ilustrativo de algunos tipos de peligros que se pueden enfrentar. Esta versión cubre todos los derechos y acciones de todo tipo, naturaleza y descripción, que los infrascritos alguna vez tuvieron, ahora tienen o para

esta versión, puedan tener. Esta publicación vincula al firmante y sus herederos, representantes y los asignados.

Firma del Participante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…………………………………………………………………………………………………………………..

***Notarizado de responsabilidad, médica y formulario de información***

ESTADO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PARROQUIA O CONDADO DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En este \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_día de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (año), vino ante mí personalmente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para mí conocido es la misma persona descrita en su identificación y a quien ejecutó el sello notarizando, que reconoció que el mismo actúa libremente en firmar tal acuerdo.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Notario Público, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parroquia o Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mi Comisión expira \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_