

DAY CAMP PROGRAM/ CAMPAMENTO DE NIÑOS
MEDICAL INFORMATION AND CONSENT FORM/
INFORMACIÓN MEDICA Y FORMA DE CONSENTIMIENTO**PARTICIPANT INFORMATION/ INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

NAME/ NOMBRE		AGE/ EDAD
ADDRESS/ DIRECCIÓN	CITY/ CIUDAD	ZIP CODE/ ZONA POSTAL
PHONE/ TELÉFONO	BIRTH DATE/ FECHA DE NACIMIENTO	SCHOOL/ ESCUELA

I hereby certify that I am the parent or guardian of the aforementioned participant or child (if participant is a minor) and that I am entitled to custody and control and I do hereby give permission for said participant to take part in the DAY CAMP PROGRAM, conducted by the City of San Fernando Recreation and Community Services Department. I further certify that said participant is of good health, has no physical or other impairment which would endanger him/her in participating in such activity program and fully understand risk involved in such a program.

Por este medico certifico que soy el padre o guardián del participante o niño/a antemencionado y tengo el derecho de custodia y control y por este medio doy permiso al dicho participante para que tome parte en el PROGRAMA DE CAMPAMENTO DE NIÑOS, dirigido por el Departamento de Recreación y Servicios Comunitarios de la Ciudad de San Fernando. Además certifico que el dicho participante esta en Buena salud y no tiene ningun impedimento físico u otro impedimento que pueda poner en peligro a el/ella por participar en tal programa de actividades y completamente comprendo el riesgo involucrado en tal programa.

IN CASE OF INJURY, PLEASE NOTIFY/ EN CASO DE EMERGENCIA, POR FAVOR NOTIFIQUE A

PARENT-GUARDIAN/ PADRE-GUARDIÁN	PHONE/ TELÉFONO
DOCTOR/ MÉDICO	PHONE/ TELÉFONO
ALLERGIES/ ALERGIAS	

LIST OR CIRCLE OTHER CONDITIONS WHICH SHOULD BE KNOWN BY PHYSICIAN ADMINISTERING TREATMENT /
ESCRIBA O CIRCULE OTRAS CONDICIONES QUE UN MÉDICO ADMINISTRANDO TRATAMIENTO NECESITE SABER

WRITE "NONE" IF NO CONDITION/ ESCRIBA "NINGUNA" SI NO TIENE CONDICIÓN

BLEEDER/
SANGRIENTO

DIABETES/
DIABÉTES

CONVULSIONS/
CONVULSIONES

HEART CONDITION/
CONDICIÓN DEL CORAZÓN

MEDICAL INFORMATION AND CONSENT FORM/ INFORMACIÓN MEDICA Y FORMA DE CONSENTIMIENTO

I HEREBY RELEASE, ABSOLVE, INDEMNIFY AND HOLD HARMLESS THE City of San Fernando, the San Fernando Recreation and Community Services Department, Department employees, activity leaders and any or all of them from any damage and/or liability arising out of or in connection with my or my child's participation in said activity. In the event of accident, injury or illness of the named participant, consent is hereby given to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by and is to be rendered under the general or special supervision of any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medicine Practice Act on the Medical Staff. I also give my permission for any necessary medical treatment. I realize that any medical bills will be my responsibility. In the event of injury to my child, legal ward and/or myself, I do hereby assume responsibility therefore, and hereby waive any and all claims for damages or loss against the City of San Fernando, the San Fernando Recreation and Community Services Department employees, and activity leaders. In addition, I hereby grant the City of San Fernando permission to use photographs, audio, and/or video taken of me while participating in the City program for use of City publications such as recruiting brochures, newsletters, and to use the photographs on display boards, and to use such photographs in electronic version of the same publications or on City of San Fernando websites or other electronic forms or media, and to offer them for use or distribution in other City publications, electronic or otherwise, without notifying me for which I will receive no compensation.

Por este medio descargo, absuelvo y indemnizo la Ciudad de San Fernando, el Departamento de Recreación y Servicios Comunitarios de San Fernando, empleados del Departamento, líderes de actividades y cualquier o todos de cualquier daño y/o responsabilidad surgida por o en conexión con participación mia o de mi niño/a en dicha actividad. En caso de un accidente, daño o enfermedad de el participante nombrado, consentimiento por este medio es dado a cualquier examinación de radiografías, anestésico, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y cuidado de hospital que sea considerado prudente por y será dado bajo la supervisión especial o general cualquier médico y cirujano con licencia bajo la provisión de el Acto de Practicar Medicina en el personal médico. También doy mi permiso para cualquier tratamiento médico necesario. Me doy cuenta que cualquier cuenta médica será mi responsabilidad. En caso de que ocurra una lesión a mi hijo, custodio legal y/o yo mismo, asumo por este medio responsabilidad y renuncio por este medio cualesquiera y todas las demandas para daños o pérdida contra la ciudad de San Fernando, empleados del Departamento de Recreación y Servicios Comunitarios y líderes de actividades. Además, concede por este medio permiso a la ciudad de San Fernando de utilizar fotografías, audio, y/o vídeo de mi tomando mientras participo en este programa de la ciudad para el uso de publicaciones de la ciudad tales como folletos de reclutamiento, boletines de noticias, tabllas de anuncios, y de utilizar tales fotografías en versión electrónica de las mismas publicaciones o en el sitio de internet de la Ciudad de San Fernando o de otras formas electrónicas o medios, y ofrecerlos para el uso o distribución en otras publicaciones de la ciudad, electrónico o de otra manera, sin la notificación de mí para cuál no recibiré ninguna remuneración.

The City of San Fernando does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, and handicapped status in employment or the provision of services.

La ciudad de San Fernando no discrimina a bse de raza, color, origen nacional, sexo, religion, y estado de salud al ofrecer empleo o en la provisión de servicios.

I HAVE READ AND AGREE TO ALL CONDITIONS MENTIONED ABOVE/ HE LEÍDO Y ESTOY DE ACUERDO CON TODAS LAS CONDICIONES MENCIONADAS ARRIBA

NAME OF ADULT PARENT/LEGAL GUARDIAN/
NOMBRE DEL PADRE O GUARDIÁN

SIGNATURE OF ADULT PARENT/ LEGAL GUARDIAN/
FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN

DATE/
FECHA