

**DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACION DEL LA CIUDAD DE WOODLAND
PROGRAMA DE BOXEO**

Acuerdo y Renuncio

En consideración de la aceptación de mi solicitud, como participante en cualquier programa y/ o actividad del Programa de Boxeo del departamento de Parques y Recreación de la Ciudad de Woodland ("Woodland Boxing Program"), RECONOZCO QUE AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, yo acepto libremente y hago las siguientes declaraciones, pactos y acuerdos para el beneficio de el programa de Boxeo de Woodland, la Ciudad de Woodland, cualquier promotor o patrocinador de un evento en cual participo en conexión del programa de Boxeo de Woodland, cualquier propietario de lugar de evento de boxeo en cual participo en conexión del programa de Boxeo de Woodland, y sus respectivos agentes, oficiales, funcionarios, empleados, voluntarios, consultores, miembros, y afiliados (colectivamente, "Exonerados"). Reconozco que boxeo es un deporte inherentemente peligroso y plenamente consiente de los peligros de participar en la competición de boxeo y en la preparación para la competencia, y asumir todos los riesgos asociados con dicha participación, incluyendo pero no limitado a la posibilidad de la muerte, parálisis permanente, o serios daños físicos y/ o trauma mental o lesiones asociadas con el boxeo. Por la presente renuncio, libremente, y descargo, defiendo, indemnizo y mantengo libre inofensivo de cualquier reclamo, demandas, causas de acción, costos, gastos, responsabilidades, perdidas, daños o lesiones, a propiedad o personas, incluyendo muerte, lesiones personales o daños materiales, (colectivamente, los "Reclamos"), que pueda tener o con otras personas involucradas, o en adelante puedan ser acumuladas, como resultado de mi participación del programa de boxeo de Woodland o cualquier actividad relacionada, incluyendo, sin limitación, el pago de daños consecuentes y honorarios razonables y otros costos y gastos relacionados. Esta renuncia es intentada para descargar todo reclamo que pueda ser acumulada, aunque tales afirmaciones puedan surgir por negligencia o descuido por parte de los exonerados.

Además, se entiende y se acuerda que esta renuncia y asunción del riesgo para mis herederos, ejecutores, administradores legales, representantes y sucesores de interés. También estoy de acuerdo de asumir toda la responsabilidad por daños a la propiedad o lesiones que yo cause a cualquier persona durante mi participación en el programa de Boxeo de Woodland y otras actividades relacionadas en el programa.

CERTIFICO QUE NO TENGO LESIONES EN MIS MANOS, fracturas, huesos rotos o de otra manera, dentro de tres meses a partir de la fecha de registración de esta forma, y los eventos, no hay heridas en la cabeza, conmoción cerebral, dolor de cabeza o desmayos, si pasan algunas de estas condiciones o heridas en el futuro, inmediatamente notificare a los oficiales de estos eventos y dejare toda participación en los eventos.

Al firmar abajo, yo reconozco que he leído, entiendo, y apruebo las disposiciones establecidas anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____
Nombre completo de participante

SI EL PARTICIPANTE TIENE MENOS DE 18 ANOS DE EDAD: Esta firma certifica que yo, como padre/guardián legal con responsabilidad dela persona nombrada arriba, estoy consiente de mi parte y de mi hijo sobre las disposiciones establecidas anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____
Firma de padre o guardián legal

Autorización de Tratamiento Medico

POR LA PRESENTE AUTORIZO Y DOY MI CONSINTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO POR SI YO MISMO NO PUEDA TOMAR UNA DECISION: examen de rayos x, anestesia, tratamiento medico o quirúrgico rendido bajo el examen general o supervisión especial de cualquier miembro del personal medico o de personal de la sala de emergencia, con licencia debajo las disposiciones del Acto del Consultorio medico o de un dentista con licencia debajo las disposiciones del Acto Dental de practica y el personal de cualquier hospital o lugar de cuidado de emergencia del departamento de salud de California. Entiendo que esta autorización es rendida antes de algún diagnostico especificado, cuidado/tratamiento de hospital para ser tratado, pero se da la autorización y el poder y rendir el cuidado de un medico, en el ejercicio de su mejor juicio que podrá ser conveniente para mi hijo. Aun más, entiendo que mi hijo tomara parte en actividades intrínsecamente peligrosas y concordara en pagar por mis gastos médicos de mi hijo. Comprendo que todo el esfuerzo será hecho para localizarme antes, y que un representante del programa de Boxeo de Woodland puede consentir al tratamiento medico para mi hijo en mi beneficio si yo no puedo ser localizado. Esta autorización es dada según las disposiciones del Código Civil de California. Este consentimiento se quedara vigente hasta el 31 de Diciembre del año en que fue proporcionado.

Firmando debajo, yo reconozco que he leído, y entiendo, y apruebo las disposiciones establecidas anteriormente.

Firma: _____
Nombre completo de participante

Fecha: _____

[SI EL PARTICIPANTE TIENE MENOS DE 18 ANOS, POR FAVOR COMPLETA LA SIGUIENTE]

Autorización de Tratamiento Médico para el Participante Menor

Yo, el padre o guardián legal, de el hijo nombrado debajo, autorizo y doy mi consentimiento para cualquier examen de rayos x, anestesia, medica, o tratamiento quirúrgico rendido bajo el examen general l o supervisión especial de cualquier miembro del personal medico, y personal de sala de emergencia, debajo las disposiciones del Acto De Consultorio Medico o Dentista licenciado debajo las disposiciones del Acto Dental de Practica y el personal de cualquier hospital o lugar de cuidado de emergencia que tengan una licencia actual para operar un hospital o lugar de cuidado de emergencia del Departamento de Salud de California. Yo entiendo que esta autorización es rendida antes de algún diagnostico especifico, cuidado/tratamiento de hospital para ser tratado, pero se da la autorización y el poder para rendir el cuidado de un medico, en el ejercicio de su mejor juicio que podrá ser conveniente para mi hijo. Aun más, yo entiendo que my hijo tomara parte en actividades intrínsecamente peligrosas y concordara en pagar por los gastos médicos de mi hijo. Comprendo que todo el esfuerzo será hecho para localizarme antes, y que un representante del programa de Boxeo de Woodland puede consentir al tratamiento medico para mi hijo en mi beneficio si yo no puedo ser localizado. Esta autorización es dada según las provisiones del Código Civil de California. Este consentimiento se quedara vigente hasta el 31 de Diciembre del año en que fue proporcionado.

Firmando debajo, yo reconozco que he leído, y entiendo, y apruebo las disposiciones establecidas anteriormente.

Firma: _____
Nombre completo de participante

Fecha: _____

Firma: _____
Firma de padre o guardián legal

Fecha: _____

**DEPARTAMENTO DE PARQUES Y RECREACION DEL LA CUIDAD DE WOODLAND
Programa de Boxeo**

Forma de Inscripción para Participante

Nombre:

Apellido	Nombre	Inicial
-----------------	---------------	----------------

Domicilio:

Numero	Calle	Ciudad	Codigo Postal
---------------	--------------	---------------	----------------------

Numero de teléfono: (_____) _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias de comida o medicamentos:

Toma medicamentos especiales, información importante sobre su medicamento, o instrucciones especiales:

Restricciones sobre tratamiento medico:

Nombre de Medico/HMO: _____

Teléfono: _____

Nombre de padre/guardián: _____

Teléfono de día: _____

Teléfono de noche: _____

Nombre de madre/guardián: _____

Teléfono de día: _____

Teléfono de noche: _____

Numero de Emergencia #1

Nombre: _____

Teléfono: _____

Numero de Emergencia #2

Nombre: _____

Teléfono: _____

Por favor de traer una foto de participante con su aplicación.