

INSTITUTO MARITIMO DE LOS ANGELES
(LOS ANGELES MARITIME INSTITUTE, en inglés)
LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y AUTORIZACIÓN DE INTERVENCIÓN MÉDICA
PARA LOS MENORES

ESTE DOCUMENTO DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR LEGAL DEL MENOR

Por la presente doy permiso a que (escriba el nombre del menor en letra de molde) _____ participe en el programa Topsail Youth del Instituto Marítimo de Los Angeles a bordo de los veleros *SWIFT of IPSWICH, IRVING JOHNSON*, y *EXY JOHNSON*.

Doy por entendido que la participación en el programa para jóvenes a bordo de las brigantinas *SWIFT of IPSWICH, IRVING JOHNSON*, y *EXY JOHNSON* implicará la navegación de la nave en los puertos y el Océano Pacífico. Además, soy consciente de que la navegación de la nave puede implicar actividad que puede ser peligrosa, y hasta incluir, pero no limitarse a: escalar y luego caerse del aparejo en lo alto; caerse o deslizarse mientras camina o corre por las cubiertas mojadas y resbaladizas; caerse al escalar y usar escaleras estrechas y empinadas; participar en izar y arriar velas y por ende ponerse en contacto con la jarcia y cordaje; echar y levar anclas y así estar en la proximidad de cadenas u otros equipos metálicos y similares, los cuales podrían ocasionar lesiones leves, lesiones graves, o incluso, la muerte. Por voluntad propia, yo permito a que mi hijo, o pupilo (de aquí en adelante conocidos por “el menor”) – según sea la relación – participe en estas actividades con pleno conocimiento del peligro involucrado. Me conformo aceptar todos y cada uno de los riesgos de lesionarse o morir y confirmo esta declaración por anotar mis iniciales aquí: _____ **(Favor de poner las iniciales)**

Yo, siendo el padre o tutor del menor nombrado arriba, reconozco que mi hijo debe cooperar de manera respetuosa con todos los capitanes y miembros de la tripulación. Se entiende que cualquier joven (el mío incluido) que incumple estas normas de comportamiento será retornado a casa y los padres correrán los gastos. Le he explicado a mi hijo lo que se espera de su comportamiento.

Yo, siendo el padre o el tutor del menor nombrado arriba, a sabiendas me abstengo y renuncio a todos y cada uno de los reclamos, demandas, acciones y causas de acción contra el Instituto Marítimo de Los Angeles y cualquiera de sus organizaciones o personas afiliadas por lesiones sufridas por el menor que ocurren en cualquiera de las siguientes naves: *SWIFT of IPSWICH, IRVING JOHNSON*, o *EXY JOHNSON*. Además, completamente libero en forma total al Instituto Marítimo de Los Angeles, sus organizaciones afiliadas, sus empleados y voluntarios de todo reclamo, demanda, acción y causa de acción que actualmente tengan o de aquí en adelante puedan tener mi persona, el menor, los cesionarios, los herederos, los tutores, los padres, y los representantes legales en caso de accidente, enfermedad, o muerte que sea consecuencia de participar en este programa.

Además, autorizo al Instituto Marítimo de Los Angeles utilizar fotos y videos del menor antes mencionado para fines promocionales.

AUTORIZACIÓN DE INTERVENCIÓN MÉDICA

Durante la participación de mi hijo en este programa, en caso de que sea necesario conseguirle atención médica, doy permiso a que los empleados o la tripulación del Instituto Marítimo de Los Angeles utilicen su criterio para obtener atención médica para el menor, y doy permiso al médico seleccionado por los empleados o la tripulación del Instituto Marítimo de Los Angeles rendirle el tratamiento médico que él estime necesario y apropiado. Reconozco que el Instituto Marítimo de Los Angeles no dispone de una póliza de seguro que cubra tales gastos médicos u hospitalarios efectuados por el menor y, por lo tanto, cualquier coste generado por dicho tratamiento será responsabilidad exclusivamente mía.

Contacto de Emergencia (Favor de escribir claramente):

Nombre del menor: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del padre o tutor:	Parentesco/Relación:
Firma de autorización del padre (s) o tutor (es):	
Dirección:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo (Padre/Tutor):
Teléfono celular de emergencia:	Email:

Problemas médicos (alergias, condiciones médicas especiales, restricciones de dieta, medicamentos):

Fecha:

Contactos de emergencia adicionales:

Nombre:

Parentesco/Relación:

Teléfono:

Nombre:

Parentesco/Relación:

Teléfono: