

PROGRAMA DE ACCESO UNIVERSAL DE DCR

Registro participante 2021 y formulario

OFICINA: __ V __ P __ D __ PCA __ GS __ W __ DB __ IN __

Grupo nombre _____ Nuevo

Por favor complete un formulario para cada adulto participante. Los niños pueden ser registrados junto con un miembro adulto de la familia en la misma forma. Debe tener un padre o tutor legal para registrar a un niño bajo edad de 18 años de edad.

Sección 1: Información General (por favor imprima claramente):

Nombre (s): _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Teléfono celular: _____

Estado: _____ Zip: _____ Contacto de emergencia (primer y último nombre y número de teléfono): _____

Correo electrónico: _____

Condición de veterano (opcional): Sí, he servido en el ejército de la U.S.A.

¿Quieres recibir un boletín dos veces cada año de: Correo Electrónico Correo?

¿Dónde se enteró de nuestros programas?

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Boletín | <input type="checkbox"/> Informativo | <input type="checkbox"/> Sitio Web DCR | <input type="checkbox"/> Boca a boca | <input type="checkbox"/> Acceso recé Boston |
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Fluye | <input type="checkbox"/> Caminando cerca | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Sección 2: información médica

(Toda la información médico es confidencial)

Por favor poner una marca en todas las condiciones médicos que ha en el pasado:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral adquirida/ traumática | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta/enfermedad cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Desorden de la sangría | <input type="checkbox"/> Alergias mortales |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastorno pulmonar/respiratorio | <input type="checkbox"/> Lesión de medula espinal Nivel: _____ |
| <input type="checkbox"/> Perdida del equilibrio | <input type="checkbox"/> Debilidad/ parálisis de las extremidades | <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha |

¿Se han caído en los últimos 5 años? Si no si por favor, explica: _____

¿Utilizas equipo asistencia? (silla de ruedas, audífonos, oxígeno entera?) _____

¿Llevas algún medicamento? Si es así, describa lo que y donde lo guarda: _____

Categorías de discapacidad:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cognitiva | <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Desorden medico |
| <input type="checkbox"/> Sensorial | <input type="checkbox"/> Comportamiento | <input type="checkbox"/> Neurología Tenido |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |

Registro participante 2021 y formulario

Nombre: _____ Altura: _____ Peso: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

¿___ Si ___ No se puede formar un sello apretado del agua con la boca independientemente?

¿___ Si ___ No puede mantenga la cabeza fuera del agua independientemente?

¿___ Si ___ No puede gire la cara hacia arriba en el agua mientras se usando un chaleco Salvavidas independientemente?

¿___ Si ___ No puede alertar a personal del programa a sus necesidades?

Par favor, ofrecen información adicional que considere el personadle programa debe tener para su seguridad y comodidad: _____

El abajo firmante, en nombre de los abajo mencionado participante, en relación con su participación en eventos realizados por el programa de acceso Universal de DCR presente liberar el estado de Massachusetts, Departamento de conservación y recreación y sus empleados, permittees, vendedores, agentes, representantes, voluntarios y otras entidades no gubernamentales que trabajan para o con DCR ("proveedores") de cualquier y toda responsabilidad, pérdida, daños y perjuicios, costes, reclamaciones o causas de acción, incluyendo pero no limitada a daños a la propiedad y emocional y lesiones corporales, incluyendo la muerte, que surjan de cualquier manera de mi hijo o mi cliente inscripción o participación en cualquier programa, curso o actividad recreativa de todo tipo y descripción proporcionada o patrocinados por los proveedores.

Entiendo que mi hijo o mi pupilo participación en dicho programa, curso o actividad recreativa pueden implicar riesgos y la posibilidad de lesión a mí o a mi hijo o pupilo y a otros y de daños a la propiedad. Por la presente liberar y eximir los proveedores de responsabilidad por cualquier lesión o daño, ya sea incurridos por mí, mi hijo menor de edad o mi cliente e incluyendo cualquier daño que pueda ocurrir como resultado de la atención de emergencia proporcionada por los proveedores. Yo también por este medio indemnizar a los proveedores de cualquier responsabilidad, pérdida, daños, gastos, reclamaciones o causas de acción presentada por el hijo menor de edad, el pupilo o miembros de familia del menor o pupilo derivadas de su inscripción o participación y de los reclamos de los demás que yo o mi hijo o pupilo lesionarse durante su participación en dicho programa, curso o actividad recreativa, incluyendo cualquier daño que pueda ocurrir como resultado de la atención de emergencia proporcionada por los proveedores a los demás. El abajo firmante, en nombre de los siguientes participante, en relación con su participación en eventos realizados por el programa de acceso Universal de DCR da mi permiso para que el estado de Massachusetts, lo incluyendo DCR, utilizar fotografías o video o el participante para propósitos de publicidad y medios de comunicación, incluyendo pero no limitado a publicaciones de internet y la inclusión en cualquier publicación DCR.

Participante individual: Firme aquí

FECHA

Si el participante es menor de 18 años de edad o tiene un tutor legal, firma del padre/tutor es requerido:

Padre/tutor: Firma aquí

Padre/tutor nombre (letra de molde)