



EL SERENO SENIOR CENTER



REGISTRATION FORM / FORMA DE REGISTRACION

NAME / NOMBRE _____ PHONE/TELEFONO (____) _____

BIRTHDATE /FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ AGE/EDAD _____ M F
Month/Mes / Day/Dia / Year Año

ADDRESS / DIRECCION _____
Street / Calle City / Ciudad Zip Code/Codigo Postal

E-MAIL/CORREO ELECTRONICO _____

EMERGENCY CONTACT/CONTACTO DE EMERGENCIA

NAME/NOMBRE _____ PHONE/TELEFONO (____) _____

CLASSES/ ACTIVITIES / CLASES / ACTIVIDADES

SESSION: WINTER/INVIERNO SPRING/PRIMAVERA SUMMMER/VERANO FALL/OTONO

- 1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

PARTICIPANT CONSENT

I, the undersigned, understand the nature of this activity and know my experience and capabilities and believe to be qualified, in good health, and in proper physical condition to participate in this activity. I agree to relieve the City of Los Angeles Department of Recreation and Parks, its officers, agents and employees from any liability in connection with any injury resulting with this program. I understand that the Facility CARRIES NO INSURANCE. I, the undersigned, do hereby authorize the Staff as agents for the undersigned to consent to X-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and to be rendered under the general or specialized supervision of any physician licensed under the provisions of the Medical Practice Act on the staff of a licensed hospital, whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or hospital. It is understood that this authorization is given in advance of any such diagnosis, treatment or hospital care which the aforementioned physician in the exercise of their best judgment may deem advisable. This authorization shall remain effective for the duration of the program I have registered for unless revoked sooner in writing and delivered to said agent.

FORMULARIO de CONSENTIMIENTO del PARTICIPANTE

Yo, el firmante, asumo el entendimiento y comprendo la naturaleza de estas actividades sabiendo mi experiencia y capacidad, buena salud y optima condición física, para participar en dichas actividades. sus Oficiales, Agentes a cargo y sus Empleados, de cualquier reclamo de compensación monetaria o reembolso (Liability) en accidente o herida personal que lme ocurriera durante participación en este programa. Yo entiendo que la conexión con algún Instalaciones de Recreación (Recreation Facilities) no tienen ASEGURANZA (CARRIES NO INSURANCE). Yo. El firmante, decreto y autorizo al Personal a representarme como mis agentes a cargo en caso de emergencias, exámenes de Rayos X, Anestesia, Asistencia Medica o diagnostico de Cirugía o tratamiento especializado. Incluyendo asistencia Hospitalaria que haya sido ejecutada por personal especializado y licenciado en Medicina bajo las reglas que rigen el Medical Practice Act (Reglamento de Practica Medica) que autoriza a al Hospital y sus Empleados aconsejada y ejercer sus funciones de diagnostico o tratamiento ya sea en las oficinas o en el Hospital del Médico o el Hospital ya designado. Se entiende que esta autorización se otorga Adelantando la posibilidad de tener que asumir alguna emergencia, diagnostico, tratamiento o asistencia Hospitalaria lo que sería determinado por el Médico de turno en el ejercicio de sus funciones. Esta autorización debe mantenerse efectiva mientras dure el Programa en el cual he registrado mi firma. En caso de tener que revocar este documento es necesario mandar una declaración por escrito al agente del mismo.

SIGNATURE / FIRMA _____ DATE/FECHA: ____/____/____