

First name of participant _____ Middle initial _____ Last name _____
 Nombre del participante _____ Inicial del segundo _____ nombre Apellido _____
 Birth date (month/day/year) _____ / _____ / _____ Age during activity _____
 Fecha de nacimiento (mes/día/año) _____ Edad al momento de realizar la actividad _____

City _____ Address Domicilio _____
 State _____ Zip _____
 Ciudad Estado Código postal _____

Has approval to participate in (name of activity, orientation flight, outing trip, etc.) _____ From _____ to _____ Tiene la
 aprobación para participar en (nombre de la actividad, vuelo de orientación, excursión, etc.) De (Date) a (Date)
 (fecha) (fecha)

INFORMED CONSENT, RELEASE AGREEMENT, AND AUTHORIZATION

I understand that participation in Scouting activities involves the risk of personal injury, including death, due to the physical, mental, and emotional challenges in the activities offered. Information about those activities may be obtained from the venue, activity coordinators, or local council. I also understand that participation in these activities is entirely voluntary and requires participants to follow instructions and abide by all applicable rules and the standards of conduct.

In case of an emergency involving my child, I understand that efforts will be made to contact me. In the event I cannot be reached, permission is hereby given to the medical provider to secure proper treatment, including hospitalization, anesthesia, surgery, or injections of medication for my child. Medical providers are authorized to disclose protected health information to the adult in charge and/or any physician or health care provider involved in providing medical care to the participant. Protected Health Information/Confidential Health Information (PHI/CHI) under the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information, 45 C.F.R. §§160.103, 164.501, etc. seq., as amended from time to time, includes examination findings, test results, and treatment provided for purposes of medical evaluation of the participant, follow-up and communication with the participant's parents or guardian, and/or determination of the participant's ability to continue in the program activities.

With appreciation of the dangers and risks associated with programs and activities including preparations for and transportation to and from the activity, on my own behalf and/or on behalf of my child, I hereby fully and completely release and waive any and all claims for personal injury, death, or loss that may arise against the Boy Scouts of America, the local council, the activity coordinators, and all employees, volunteers, related parties, or other organizations associated with any program or activity.

NOTE: The Boy Scouts of America and local councils cannot continually monitor compliance of program participants or any limitations imposed upon them by parents or medical providers. List any restrictions imposed on a child participant in connection with programs or activities below and counsel your child to comply with those restrictions.

CONSENTIMIENTO INFORMADO, CONVENIO DE EXONERACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Entiendo que la participación en actividades Scouting implica el riesgo de lesiones personales, incluyendo la muerte, debido a los retos físicos, mentales y emocionales en las actividades que se ofrecen. Se puede obtener información sobre dichas actividades en la sede, con los coordinadores de la actividad o el concilio local. También entiendo que la participación en estas actividades es totalmente voluntaria y requiere que los participantes sigan instrucciones y acaten todas las reglas y normas de conducta pertinentes.

En caso de que mi hijo se vea involucrado en una emergencia, entiendo que se realizarán esfuerzos para contactarme. En caso de que yo no pueda ser localizado, por este medio otorgo permiso al proveedor de servicios médicos para garantizar el tratamiento adecuado, incluyendo hospitalización, anestesia, cirugía o inyecciones de medicamentos para mi hijo. Los proveedores de servicios médicos están autorizados a revelar información médica protegida al adulto a cargo, médico o proveedor de servicios médicos involucrado en la prestación de atención médica para el participante. La Información de salud protegida/Información médica confidencial (PHI/CHI, por sus siglas en inglés) bajo los Estándares de privacidad de información médica individualmente identificable, 45 C.F.R. §§ 160.103, 164.501, etc., y siguientes, como se enmiendan de vez en cuando, incluyen resultados de reconocimientos médicos, resultados de pruebas y el tratamiento proporcionado para fines de evaluación médica del participante, seguimiento y comunicación con los padres o tutor legal del participante, o determinación de la capacidad del participante para continuar en las actividades del programa.

Con reconocimiento de los peligros y riesgos asociados con los programas y actividades incluyendo preparativos y transportación hacia y desde la actividad, en mi propio nombre o en nombre de mi hijo, por este conducto eximo total y completamente, y renuncio a cualquiera y toda reclamación por lesiones personales, muerte o pérdidas que puedan surgir, a la organización Boy Scouts of America, el concilio local, los coordinadores de la actividad y todos los empleados, voluntarios, grupos involucrados, u otras organizaciones asociadas con cualquier programa o actividad.

NOTA: La organización Boy Scouts of America y los concilios locales no pueden vigilar continuamente el cumplimiento de los participantes del programa o cualquier limitación impuesta sobre ellos por los padres o proveedores de servicios médicos. Enumerar más abajo las restricciones impuestas a un niño participante en relación con los programas o actividades

List participant restrictions, if any: _____

Restricciones del participante, si existen: _____ None

None _____
 Participant's signature _____ Date _____
 Firma del participante _____ Fecha _____

Parent/guardian printed name Parent/guardian signature _____ Date _____
 Nombre con letra de molde del padre de familia/tutor Firma del padre de familia/tutor _____ Fecha _____

Area code and telephone number (best contact and emergency contact) _____ Email (for use in sharing more details about the trip or activity) _____
 Código de área y número telefónico (primer contacto y contacto de emergencia) _____ Correo electrónico (para informar más detalles sobre el viaje o actividad) _____

Contact the adult leader with any questions:
 Póngase en contacto con el líder adulto si es que tiene preguntas:

Name _____ Phone _____ Email _____
 Nombre _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____



BOY SCOUTS OF AMERICA®