



**Departamento de Recreación de Capitola  
Formulario de liberación médica  
Out-of-School Time (OST) 2020/2021**

Por la presente autorizo al Departamento de Recreación de Capitola a llamar al 911 o a transportar a mi hijo/participante a un centro de atención de emergencia, a que el personal certificado realice respiración de rescate o C.P.R. para mantener el soporte vital básico, y a autorizar la atención médica o quirúrgica / tratamiento para mi hijo en caso de que surja una emergencia donde se indique dicho servicio. Además autorizo al personal del Departamento de Recreación de Capitola a dar su consentimiento a cualquier examen de rayos X, diagnóstico anestésico, médico o quirúrgico o tratamiento y atención hospitalaria que se considere aconsejable por, y que se preste bajo la supervisión general o especial de, cualquier médico y cirujano con licencia bajo las disposiciones de la Ley de Práctica de Medicina o dentista autorizado bajo la Ley de Práctica Dental en el personal médico de cualquier hospital, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se presente en la oficina de dicho médico o en dicho hospital.

Tan pronto como sea posible después de que ocurra una lesión, el personal de Capitola intentará notificarme y si no estoy disponible, los contactos de emergencia enumerados durante el registro utilizando la información de contacto que he proporcionado.

Entiendo que las lesiones en la cabeza, el cuello o la espalda serán tratadas de acuerdo con las pautas de lesiones de la columna C (backboard, inmovilización, llamada al 911) por el personal de la ciudad, y que, si mi hijo es evaluado como gravemente herido o en una situación potencialmente mortal, el personal de la ciudad llamará al 911 inmediatamente.

Entiendo que esta autorización, de conformidad con las disposiciones de la Sección 6910 del Código de Familia de California, se da antes de cualquier diagnóstico específico, tratamiento o atención hospitalaria, que el médico antes mencionado en el ejercicio de su mejor criterio pueda considerar aconsejable.

Por la presente autorizo a cualquier hospital a proporcionar tratamiento a mi hijo/participante y a entregar la custodia física de dicho participante al personal de la ciudad al completar el tratamiento. Esta autorización se otorga de conformidad con la Sección 1283 del Código de Salud y Seguridad de California y la Sección 6910 del Código de Familia de California.

Esta autorización permanecerá vigente hasta el final del programa a menos que sea antes revocada por escrito y entregada al Departamento de Recreación de Capitola.

Además, en consideración a la participación en este programa, acepto indemnizar, eximir de responsabilidad y liberar al personal del Departamento de Recreación de Capitola, la Ciudad del

Capitola y a cualquier agencia de capacitación contratada de cualquier y toda responsabilidad por cualquier lesión o pérdida que pueda sufrir el niño/participante registrado, que surja de o de alguna manera esté relacionado con la participación en este programa y cualquiera de sus actividades, concursos o eventos.

He leído este acuerdo y entiendo perfectamente que asumo todos los riesgos de cualquier lesión que el participante del programa reciba mientras participo en un programa de Recreación de Capitola.



**City of Capitola Recreation Department  
Medical Release Form  
Out-of-School Time (OST) 2020/2021**

I do hereby authorize the Capitola Recreation Department to call 911 or to transport my child/participant to an emergency care facility, to have certified staff perform rescue breathing or C.P.R. to maintain basic life support, and to authorize medical or surgical care/treatment for my child should an emergency arise where such service is indicated. I further authorize the Capitola Recreation Department staff to consent to any x-ray examination, anesthetic, medical or surgical diagnosis or treatment and hospital care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of, any physician and surgeon licensed under the provisions of the Medicine Practice Act or dentist licensed under the Dental Practice Act on the medical staff of any hospital whether such diagnosis or treatment is rendered at the office of said physician or at said hospital.

As soon as is practicable after an injury occurs, the Camp Capitola staff will attempt to notify me and, if I am unavailable, the emergency contacts listed during registration using the contact information I have provided.

I understand that head, neck or back injuries will be treated according to C-spine injury guidelines (backboard, immobilization, call 911) by City staff, and that if my child is otherwise assessed as critically injured or in a life-threatening situation, City staff will call 911 immediately.

I understand that this authorization, pursuant to the provisions of Section 6910 of the Family Code of California, is given in advance of any specific diagnosis, treatment, or hospital care, which the aforementioned physician in the exercise of his/her best judgment may deem advisable.

I hereby authorize any hospital to provide treatment to my child/participant and to surrender physical custody of such participant to City staff upon completion of treatment. This authorization is given pursuant to Section 1283 of the Health and Safety Code of California and Section 6910 of the Family Code of California.

This authorization shall remain effective through the end of program unless sooner revoked in writing and delivered to the Capitola Recreation Department.

In addition, in consideration of participation in this program, I agree to indemnify, hold harmless, and release the Capitola Recreation Department staff, the City of Capitola, and any contracted training agencies from any and all liability for any injury or loss which may be suffered by the registered child/participant, arising out of or in any way connected with participation in this program and any of its activities, competitions or events.

I have read this agreement and fully understand that I assume all risks for any injuries the program participant receives while participating in a Capitola Recreation program.