

2025 / 26 Membresía para el Centro de Mayores de San Pablo



Office use only		
☐ \$5 Resident	☐ \$10 Non-Res	Volunteer ☐
Method of Payment:		☐ Cash ☐ CH# _____
Mem Card#:		_____
Staff Initial:	_____	Entered: MSC ☐

Nombre: _____ **Apellido:** _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL UTILIZADA ÚNICAMENTE CON FINES ESTADÍSTICOS O DE EMERGENCIA

Información personal / confidencial

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono (de Día): _____ **Teléfono (otro):** _____

Correo Electrónico: _____

¿Vive Solo? SI ☐ NO ☐ **¿Eres un veterano?** SI ☐ NO ☐

Por favor liste cualquier alergia: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿A qué identidad de género se identifica más?

Masculino ☐ Femenina ☐ Transgénero Masculino ☐ Transgénero Femenina ☐
Variante de genero/No Conforme ☐

Estado Civil: Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐

Etnicidad / Raza (marque todo lo que corresponda)

Etnicidad

Hispano o Latino ☐
No Hispano o Latino ☐

Raza

Afro Americano ☐
Asiático ☐
Indio Americano/Nativo de Alaska ☐
Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico ☐
Caucásico ☐
Otra/Raza Múltiple ☐

Ingresos del hogar

Si es soltero ¿su ingreso mensual es menos de \$973 al mes? **SI** ☐ **No** ☐
Si está casado ¿Su ingreso mensual es menor de \$1,311 al mes? **SI** ☐ **No** ☐

¿Cómo llega al Centro de Mayores de San Pablo?

Conduce ☐ Transportación para mayores de SP ☐ Paratransito ☐ Auto Bús ☐
Alguien me conduce ☐ Bicicleta ☐ Camina ☐

Contacto de Emergencia (proporcione dos)

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

Nombre: _____ **Relación:** _____ **Teléfono:** _____

2025 / 26 Membresía para el Centro de Mayores de San Pablo



Office use only		
☐ \$5 Resident	☐ \$10 Non-Res	Volunteer ☐
Method of Payment: ☐ Cash ☐ CH# _____		
Mem Card#: _____		
Staff Initial: _____		Entered: MSC ☐

Acuerdo de Renuncia, Exoneración de Responsabilidad, Asunción de Riesgo y Acuerdo de Riesgo Inofensivo

Yo, el firmante, certifico que tengo por lo menos 18 años de edad; estoy en buena condición física y no he sido avisado lo contrario por un médico calificado; he recibido el entrenamiento suficiente para participar en las actividades del Programa previamente indicado; tengo suficiente conocimiento del equipo relevante; y voluntariamente deseo participar en el Programa.

Entiendo que ocasionalmente ocurren accidentes graves durante estas actividades y que los participantes en estas actividades ocasionalmente sufren lesiones personales graves, muerte y daños a la propiedad. Entiendo que los riesgos involucrados en estas actividades pueden incluir riesgos derivados del clima, las condiciones de la superficie y del medio ambiente, las condiciones del equipo, el transporte hacia y desde las actividades y la interferencia de las actividades cercanas. Entiendo que existe el riesgo de lesiones por golpeo o ser tropezado, o por contacto corporal de otros participantes en esta actividad o su equipo. Entiendo que existe el riesgo de lesionar los músculos, tendones, ligamentos, articulaciones, huesos, nervios y otras partes corporales y sistemas por participar en estas actividades. Entiendo que existe el riesgo de infección por cualquier enfermedad transmisibles, incluyendo, pero no limitado a COVID-19. Entiendo que además de estos riesgos, hay peligros impredecibles involucrados en estas actividades. Conociendo todos estos riesgos, voluntariamente deseo participar en esta actividad y asumo todos los riesgos. Si observo algún peligro inusual o significativo, yo llamaré [o nosotros llamaremos] inmediatamente a la atención del oficial más cercano y me retiraré si es necesario.

En consideración de mi participación en estas actividades, yo voluntariamente liberare a la Ciudad de San Pablo y a sus miembros, comisionados, oficiales, empleados, voluntarios y agentes y cualquier patrocinador o promotor de estas actividades, de todas las reclamaciones, responsabilidades, costos y gastos, incluyendo los honorarios de abogados, que yo puedo tener o pueda acumular para mí, por daños a la propiedad, lesiones o muerte en cualquier forma que surjan o estén relacionados con la participación en estas actividades. Esta renuncia y liberación es aplicable, aunque los actos negligentes de las partes liberadas puedan haber causado o contribuido a la lesión, muerte o daño a la propiedad. Además, acepto mantener indemne, indemnizar y defender a la Ciudad y a sus funcionarios, empleados y agentes, quienes por negligencia o descuido podrían ser responsables de mí (o de mis herederos o cesionarios). Esta renuncia, liberación e indemnización son vinculantes para mis herederos, dependientes, ejecutores, administradores y cesionarios.

También entiendo que podre ser fotografiado o filmado durante mi participación en estas actividades. Yo consiento al uso de cualquier foto, video o película de mí que sea utilizado para cualquier propósito legítimo por la Ciudad de San Pablo o los patrocinadores y promotores de estas actividades, incluyendo, pero no limitado a publicaciones de la ciudad, periódicos en general, televisión, radio, medios sociales y el Internet. Yo no recibiré ninguna compensación por el uso de estas fotografías o películas.

En caso de lesión o enfermedad, por la presente consiento y acepto ser responsable de los costos de transporte a un centro médico y cualquier examen, procedimiento o tratamiento que el personal médico considere necesario.

Acepto cumplir con las reglas y regulaciones de la Ciudad de San Pablo, el condado, el estado, cualquier patrocinador o promotor, o cualquier equipo afiliado a estas actividades. Reconozco que se me han proporcionado estas reglas y regulaciones, incluidas, entre otras, al Código de Conducta del Departamento de Servicio Comunitario y los cumpliré.

**HE LEIDO ESTA RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y PRESUNCIÓN DE RIESGO, Y LA
ENTIENDO COMPLETAMENTE Y FIRMO DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA.**

Nombre Completo: _____

Firma: _____

Fecha: _____