REQUEST FOR EXEMPTION FROM MEDICAL CARE AND TREATMENT
SOLICITUD DE EXENCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO

I request the exemption from all medical treatment for ☐ me and/or ☐ my child en route to, from, and during the attendance to Camp _____, operated by the _____ Council, Boy Scouts of America. I understand that a medical evaluation and screening by a licensed health-care practitioner is necessary to reduce the possibility of exposing other camp participants to a communicable disease.

In consideration of these exemptions, I understand that I accept complete responsibility for the health of ☐ me and/or ☐ my child, and I hereby release and agree to hold harmless the Boy Scouts of America and any of its officers, agents, and representatives from any liability that might arise during Scouting activities by virtue of this exemption. It is further understood that, should an emergency arise, (name) _____, (telephone) _____, will be notified immediately. In the event that this contact cannot be located immediately, the Boy Scouts of America authorities may take such temporary measures as they deem necessary.

Solicito la exención de todo tratamiento médico para mí ☐ o mi hijo ☐ en camino a, desde, y durante la asistencia al campamento _____, operado por el concilio _____, Boy Scouts of America. Entiendo que una evaluación médica y el examen por parte de un profesional de la salud con licencia son necesarios para reducir la posibilidad de exponer a otros participantes del campamento a una enfermedad transmisible.

En consideración a estas exenciones, entiendo que acepto completa responsabilidad por mi salud ☐ o la de mi hijo ☐ y por medio de la presente libero y acuerdo eximir a la organización Boy Scouts of America y a cualquiera de sus funcionarios, agentes y representantes, de cualquier responsabilidad que pueda surgir durante las actividades Scouting en virtud de esta exención. Queda entendido asimismo que, si surge una emergencia, (nombre) _____, (teléfono)_____ , será notificado inmediatamente. En caso de que este contacto no sea localizado inmediatamente, las autoridades de Boy Scouts of America podrán tomar las medidas temporales que consideren necesarias.

_____

Participant signature
Firma del participante

_____

Parent/guardian signature
Firma del padre/tutor

_____

Date
Fecha

_____

Name (print)
Nombre (con letra)

_____

Address
Dirección

_____

City, State, Zip
Ciudad, Estado, Código postal

BOY SCOUTS OF AMERICA®

680-452
2012 Printing