



BRANDYWINE VALLEY ACTIVE AGING

SOLICITUD DE MEMBRESIA/PARTICIPANTE/VOLUNTARIO

Toda la información de los participantes se mantiene estrictamente confidencial. Esta información ayuda a nuestro personal a proporcionarle un servicio superior y a responder mejor a sus necesidades en una emergencia.

*INFORMACIÓN PERSONAL

¿Cómo debemos dirigirnos a usted? (⊗ todo lo que se aplica): Mr. Miss. Mrs. Ms. Mx. Dr. Rev. Hon.

*NOMBRE (LEGAL):	*INICIAL INTERMEDIA:	*APELLIDO:	*APODO:
------------------	----------------------	------------	---------

*ÚLTIMOS CUATRO # DEL SS:	*FECHA DE NACIMIENTO:	*INGRESOS ESTIMADOS:	*¿ERES UN VETERANO?
---------------------------	-----------------------	----------------------	---------------------

Para mostrarles el mayor respeto posible, háganoslo saber: ¿se considera a sí mismo como?

Caucásico/Blanco Negro/AfroAmericano Nativo Americano Hispano Latino No Hispano No Latino
 Asiático Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico otros
 Hombre Mujer Transgénero No Binario Otra cosa
 Lesbiana, Gay, Homosexual Heterosexual Bisexual Otra Cosa No Sé
 Soltero Casado Asociación Doméstica Divorciado Separado Viudo Otra Cosa
Mis pronombres son: Él Ella Ellos Ellas Otra Cosa

*INFORMACIÓN DE CONTACTO

*Dirección	*Dirección postal (si es diferente de casa)
_____	_____
_____	_____
Condado: _____	Condado: _____
Teléfono: _____	Correo Electrónico: _____
Celular/Móvil: _____	Municipio: _____
Municipality: _____	¿Vives: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con Familia <input type="checkbox"/> En Una Zona Rural

*** POR FAVOR, DÉ LA VUELTA Y COMPLETE EL REVERSO ***

STAFF USE ONLY

Date Received: _____ Date Paid: _____ Cash Charge Check # _____
 Participant (FREE) Single (\$30.00) Couple (\$45.00) Under 50 (\$50.00)

*Contacto de emergencia (por favor proporcione dos)

*Contacto de emergencia #1

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono #: _____

Celular/Móvil #: _____

Dirección: _____

*Contacto de emergencia #2

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono #: _____

Celular/Móvil #: _____

Dirección: _____

*Información médica/Historia (adjunte página adicional si es necesario)

Alergias: _____

Condiciones médicas: _____

Medicamentos (incl. recetas, de venta libre y vitaminas)

Nombre de la medicación

Dosis

Médico Primario (Nombre y # de Teléfono)

Hospital Preferido

*Renuncia de participación y consentimiento de renuncia

Los individuales que deseen participar en los programas proporcionados por Brandywine Valley Active Aging (BVAA) deben cumplir con los siguientes criterios que se considerarán apropiados para el servicio:

- Capaz de alimentarse e ir al baño por sí mismo
- Orientado a los entornos actuales
- Ser capaz de hablar con claridad y deseo de participar
- Sin riesgo de deambular
- Capaz de ambularse de forma segura
- Compórtate en un manera no agresiva y no disruptiva
- Capaz de autoadministrar cualquier medicamento
- Libre de cualquier enfermedad infecciosa que pueda poner a otros en riesgo

Las personas que no cumplan con los criterios son bienvenidas sólo si son escoltadas por una persona responsable siempre. BVAA no se hace responsable de monitorear las actividades de cualquier persona que visite o participe en programas o servicios. El personal se reserva el derecho de tomar cualquier decisión final en todos los casos en cuanto a quién es apropiado para la prestación de servicios.

BVAA es un lugar acogedor para todas las personas independientemente de su raza, nacionalidad, discapacidad, religión, color, sexo, orientación sexual, identidad de género. Como tal, el discurso intolerante o odioso no será tolerado. Se pedirá a los delincuentes que abandonen el local.

CONSENTIMIENTO DE RENUNCIA: Deseo participar en una o más actividades de Brandywine Valley Active Aging y, hasta donde yo sé, información y creencia, no tengo ninguna restricción física que prohíba a mi participante en actividades. Teniendo en cuenta que mi solicitud está siendo aceptada, estoy legalmente obligado, hago lo mismo por mí mismo, mis herederos, mis ejecutores y administradores, renuncia y libero todos y cada uno de los derechos que pueda tener contra BVAA, sus directores, oficiales, agentes, personal (pagado o voluntario) y cualquier otra organización copatrocinadora por todas y cada una de las lesiones, reclamaciones, daños o causas de acción, sufridas por mí durante mi participación en los eventos en BVAA. BVAA tiene mi permiso para que los servicios médicos de emergencia, un médico u otro proveedor de atención médica me atiendan si se considera necesario para mi salud, bienestar y/o seguridad. Atestigua y verifico que estoy en una salud lo suficientemente buena para cada actividad. Por la presente consiento y acepto que BVAA tiene derecho a tomar fotografías mías y a utilizar esas fotografías en todos y cada uno de los medios, incluido mi nombre e identidad mediante texto o comentario descriptivo.



Signature: _____

Date: _____