

Solicitud para asistir al baile de graduación - Paciente

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento
Alergias conocidas	
Dieta especial	
Padecimiento crónico o agudo	
Nombre del padre o tutor legal	Número telefónico de emergencia del padre o tutor legal
Firma del padre o tutor legal	
Firma de Personal Médico (for inpatient attendees only)	

Todos los asistentes al baile de graduación requieren la firma de un adulto (si son menores de 18 años).

Para asegurar un ambiente seguro, estarán en efecto las siguientes pautas:

1. Aplicarán todas las pautas para visitantes.
2. Cada uno de los asistentes es responsable de respetar las reglas del baile de graduación.
3. Se servirán alimentos y bebidas. Favor de abstenerse de traer algún alimento o bebida.
4. No se permite traer ningún recipiente para bebidas.
5. Si algún asistente parece estar bajo la influencia del alcohol o de cualquier otra sustancia controlada, **no** se le permitirá participar en el baile de graduación y se le pedirá que se retire.
6. Todos los asistentes permanecerán en el baile de graduación hasta que concluya a las 9:00 p.m. **Los asistentes al baile de graduación deberán ser recogidos por un conductor con licencia a las 9:00 p.m.**

He leído las pautas para el baile de graduación y acepto que seguiré todas las pautas durante este evento.

Firma del paciente

Fecha

Liberación de responsabilidad: En consideración de mi participación o la de mi hijo en este evento, y al grado máximo permitido por la ley, Yo (y mi hijo si firmo como padre o tutor legal) libero a Children's Hospital and Health System, Children's Hospital of Wisconsin, sus funcionarios, directores, empleados, voluntarios y agentes de cualquier responsabilidad o reclamación de lesión o enfermedad que mi hijo o yo pudiéramos sufrir durante nuestra participación en este evento. Comprendo que existen riesgos asociados a la participación en este evento, como los riesgos de lesión mientras se baila. Entiendo que esta liberación es aplicable a mi hijo o a mí mismo y a mi representante o representante personal de mi hijo, a sus herederos y asignatarios. También, mi hijo y yo renunciamos al derecho que tenemos de negociar términos diferentes de liberación de responsabilidad.

Firma del padre o tutor legal (si es menor de 18 años de edad)

Fecha

INTERNAL USE ONLY:

NAME OF GUEST – DROP-OFF/PICK-UP : _____

PHONE NUMBER WHERE YOU CAN BE REACHED THIS EVENING : _____

ID CHECK DROP-OFF : _____ **ID CHECK PICK-UP :** _____