



Horse Medical Release Form / Autorizacion Medica Formulario para Caballo

Name / Nombre: _____ Home Address / Direccion: / Barrio: _____

Phone / No. Telefono: _____ E-Mail _____

This agreement is between Defensa Animal de Rincón. and the above listed owner(s) [hereinafter referred to as "Owner"] regarding the release of medical care and liability of:

Este acuerdo es entre Defensa Animal de Rincón. y el dueño antes mencionados (s) [en lo sucesivo denominado "Titular"] en relación con la liberación de la atención médica y la responsabilidad de: _____ (Horse's Name/Nombre de Caballo)

Markings/Marcas: _____ Age/Edad: _____

Sex/Sexo: _____ Color/Color: _____

Owner agrees and represents that he/she is the lawful owner of the above named horse and, hereby, gives Defensa Animal de Rincon authority to administer medical care to the horse. Owner understands that, in so doing, they are releasing Defensa Animal de Rincon and all volunteers working with Defensa Animal de Rincon of any and all liability.

Propietario acepta y declara que él / ella es el propietario legítimo del caballo antes mencionado y, por este medio, da Defensa Animal de Rincon de la autoridad para administrar la asistencia médica a los caballos. El dueño entiende que, al hacerlo, están liberando a Defensa Animal de Rincón y todos los voluntarios que trabajan con ARF de Rincón de cualquier y toda responsabilidad.

Print & Signature of Owner / Imprimir y Firma del Propietario : Date/Fecha:

I accept the above / Yo acepto todo

Signature / Firma: Date / Fecha:

Print Name / Imprimir Nombre: