

## Permiso de Padres/Tutores y Renuncia de Responsabilidad

El chaperón adulto debe de tener una copia de este formulario durante el día del evento. Una copia de este formulario debe de ser enviada con su inscripción o traída el día del evento.

### Descripción de la actividad/evento:

Evento: Día para Jóvenes Católicos de Nueva York (NYCYD)

Fecha: 27 de septiembre 2025

Destino: Seminario San José, 201 Seminary Avenue, Yonkers, NY 10704

### Persona(s) Responsable(s):

De parte de la Parroquia: \_\_\_\_\_

De parte de la Arquidiócesis: Youth Faith Formation

### Modo de transportación:

De/a la parroquia al Seminario San José, Yonkers: \_\_\_\_\_

### Horario estimado para partir/regresar:

Partida desde la parroquia: \_\_\_\_\_

Partida desde el Seminario San José, Yonkers: \_\_\_\_\_

Regreso a la parroquia: \_\_\_\_\_

### Información del participante

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección completa: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (      ) \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: (      ) \_\_\_\_\_

Celular: (      ) \_\_\_\_\_

### Permiso para participar

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso para que mi Hijo(a), \_\_\_\_\_

*Nombre del Padre o Tutor*

*Nombre del niño/niña*

participe en los eventos de la iglesia donde requiere transportación a lugares fuera de la iglesia. Esta actividad se llevará a cabo bajo la dirección y guía de voluntarios y trabajadores de la Arquidiócesis de Nueva York y de la parroquia \_\_\_\_\_.

*Nombre de la Parroquia*

\_\_\_\_\_ AL INICIAL, **NO DOY PERMISO** a que mi hijo(a) sea fotografiado y grabado, y que las imágenes puedan ser usadas en materiales de promoción de video, impresos, o electrónicos para futuro eventos.

### Acuerdo para eximir de toda responsabilidad

Como padre y/o tutor legal, continúo siendo legalmente responsable por las acciones personales realizadas por el menor antes mencionado ("participante").

Estoy de acuerdo en nombre de mi mismo(a), mi hijo(a) antes mencionado(a), y nuestros herederos, sucesores, cessionarios, a eximir de responsabilidades y defender \_\_\_\_\_, sus funcionarios,

*Nombre de Parroquia*

directiva, empleados y agentes empleados, la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, acompañantes, o representantes que están vinculados con el evento, de cualquier reclamación que surja de o en conexión con la asistencia de mi hijo/a al evento o en conexión con una enfermedad o lesión (incluyendo muerte) o costos de tratamiento médico en conexión con el mismo, y estoy de acuerdo de compensar a la parroquia, sus funcionarios, directivos y agentes, y la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, o representantes que están vinculados con el evento los honorarios razonables de abogado y gastos que puedan incurrir en cualquier acción contra ellos como resultado de tales lesiones o daño, a menos que tal reclamación resulte de la negligencia de la parroquia/diócesis.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento medico y permiso para ser tratado

Por la presente, garantizo que en base a mi conocimiento, mi hijo(a) se encuentra en buen estado de salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a).

***De las siguientes declaraciones relacionadas con los asuntos médicos, firme sólo las que son aplicables.***

**Información del seguro:**

Compañía de plan de salud familiar: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

**Tratamiento médico de emergencia:**

En el caso de una emergencia, por la presente doy permiso a transportar a mi hijo(a) a un hospital para el tratamiento médico de emergencia o tratamiento quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

En el caso de una emergencia, si Ud. no puede ponerse en contacto conmigo en los números antedichos, póngase en contacto con: Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) está bajo el cuidado de un proveedor medico: \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Otro tratamiento médico:** En el caso de que llega a la atención de la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos y agentes, y de la Arquidiócesis de Nueva York, acompañantes, o representantes que están vinculados con la actividad, que mi hijo(a) se pone malo con síntomas como dolor de la cabeza, vómito, dolor de la garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llame por llamada a cobrar (por cobrar yo mismo).

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Mi hijo(a) está tomando medicamentos en este momento. Mi hijo(a) traerá todos los medicamentos necesarios, y tales medicamentos deberán llevar una etiqueta que indique claramente su contenido. Nombres de los medicamentos y direcciones concisas para asegurar que el niño toma tales medicamentos, incluyendo la dosis y frecuencia de la dosis, son los siguientes:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Información médica específica:** La parroquia asegura de tomar las medidas necesarias para que toda esta información sea mantenida confidencial.

Reacciones alérgicas (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.): \_\_\_\_\_

Inmunizaciones: Fecha de última inmunización de tétanos/difteria: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) una dieta médica recetada? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) alguna limitación física? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) nostalgia crónica, reacciones emocionales a situaciones nuevas, sonambulismo, enuresis nocturnal, o desmayos? \_\_\_\_\_

¿Ha estado expuesto recientemente su hijo(a) a alguna enfermedad contagiosa o condiciones, como las paperas, el sarampión, la varicela? En caso afirmativo, escriba la fecha y la enfermedad o condición: \_\_\_\_\_

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas de mí hijo(a): \_\_\_\_\_