FORMULARIO DE CONFORMIDAD PARA ADULTOS

Este formulario debe de ser completado por cada adulto y chaperón que asista al evento.

ACUERDO PARA EXIMIR DE TODA RESPONSABILIDAD/CONSENTIMIENTO MÉDICO

Nombre _____ Edad _____

Dirección _____

Parroquia _____ Ciudad de la Parroquia _____

Yo, _____ decido asistir a Middle School NY Catholic Youth Day que se llevará a cabo en el St. Joseph's Seminary, 201 Seminary Ave, Yonkers, NY 10705 el **domingo 28 de septiembre de 2025.** Por la presente yo garantizo que según mi mejor conocimiento, estoy en estado de buena salud y asumo toda responsabilidad por mi salud.
En caso de emergencia, doy permiso a ser transportado(a) a un hospital para que se administre cualquier tratamiento médico o quirúrgico que se requiera; deseo ser consultado(a) antes de cualquier otro tratamiento por el hospital o medico. Si es necesario, doy permiso a ser evaluado(a), diagnosticado(a), tratado(a) y o ser medicado por un personal médico licenciado de acuerdo a la práctica médica estándar. Estoy de acuerdo en nombre de mi mismo(a), mis herederos, sucesores, cesionarios, a eximir de responsabilidades y defender _____ sus funcionarios, directiva,
Nombre de Parroquia
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 mi participación en el 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.

En el caso de alguna emergencia y para dar permiso para tratamiento más allá de los procedimientos de emergencia, por favor de contactar a:

Nombre: _____Relación:_____ # Telefónico: _____

Compañía de Seguro Medico: _____ Numero de Póliza:_____

MEDICAMENTOS: Presentemente estoy tomando medicamentos. Llevaré conmigo los medicamentos necesarios, y tales medicamentos estarán bien etiquetados. Nombre de los medicamentos incluyendo dosis y frecuencia de la dosis:

_____

Por favor de avisarle a los médicos que tengo las siguientes condiciones y reacciones alérgicas:

_____

Como representante de la Arquidiócesis de Nueva York, entiendo que se espera que sea un modelo ejemplar para los jóvenes que asisten el evento. (Su firma y la de algún miembro apropiado de la parroquia/escuela debe de aparecer debajo para que se le permita acceso al evento)

Entiendo completamente las consecuencias de las declaraciones anteriores y firmo este **FORMULARIO DE CONFORMIDAD** de a sabiendas y libremente.

Con mi firma debajo, también indico que estoy en conformidad con las normas y criterios de la Arquidiócesis de Nueva York acerca de los Estatutos para la Protección de los Niños y Jóvenes de la Conferencia Episcopal de los Obispos Estadounidenses (Safe Environment).

_____	_____	_____
Firma del Adulto	**Imprima Nombre**	**Fecha**

Firma de la Parroquia/Escuela (ej. Párroco, D/CRE, Ministro de Jóvenes trabajando a tiempo completo afirmando la conformidad del participante adulto.

_____	_____	_____
Firma	Imprima Nombre	Fecha