

Permiso de Padres/Tutores y Renuncia de Responsabilidad

Descripción de la Actividad/Evento

Evento/actividad: _____
Fecha de evento/actividad: _____
Lugar de evento/actividad: _____

Persona(s) Responsable(s):

De parte de la parroquia/escuela: _____
Lugar para reunirse: _____
Modo de transportación: _____

Horario Estimado para Partir/Regresar:

Partida de parroquia/escuela: Fecha: _____ Hora: _____
Partida de evento/actividad: Fecha: _____ Hora: _____

Información del Participante:

Nombre del participante: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre del padre o guardián : _____

Dirección completa: _____

Teléfono de casa: () _____

Teléfono del trabajo: () _____

Celular: () _____

() _____

Permiso para Participar

Yo, _____ (nombre del padre o tutor), doy permiso para que mi hijo(a), _____ (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/escuela).

OPCIONAL : _____ Al iniciar, **ME NIEGO** a dar mi consentimiento 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, cesionarios, a eximir de responsabilidades y defender _____ (nombre de parroquia/escuela), sus funcionarios, 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 Médico 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: _____ Numero 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: _____

LEA Y FIRME SI TU 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. Los medicamentos/tratamientos que requieran cualquier forma de desnudez deben ser auto administrados por el alumno en privado. Las excepciones a esta política son medicamentos que deben estar en posesión constante del joven. (p.ej. insulina, inhaladores, EpiPens). 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 medicamente recetada? Si No

¿Tiene su hijo(a) alguna limitación física? Si No

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

Si: _____ No

¿Ha estado expuesto recientemente su hijo(a) a alguna enfermedad contagiosa o condiciones, como las paperas, el sarampión, la varicela? Si No

En caso afirmativo, escriba la fecha y la enfermedad o condición: _____

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas de mi hijo(a): _____

Firma: _____ Fecha: _____