

## Permiso de Padres/Tutores y Renuncia de Responsabilidad

Los formularios deben completarse con anticipación y enviarse a Giselle.Roldan@archny.org. Traiga el original al evento. Los acompañantes adultos deben tener una copia de este formulario durante el evento.

**Descripción de la actividad/evento:**

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

Fecha: 1 de mayo 2021

Destino: St. Anthony of Padua Parish – 832 E. 166<sup>th</sup> Street, Bronx, NY 10452

**Persona(s) Responsable(s):**

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

De parte de la Arquidiócesis: Office of Youth Ministry

**Modo de transportación:**

De/a la parroquia al St. Anthony of Padua Parish: \_\_\_\_\_

**Horario estimado para partir/regresar:**

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

Partida desde el St. Anthony of Padua Parish: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Ningún medicamento de cualquier tipo, receta o sin receta, puede ser administrado a mi hijo a menos que la situación sea peligrosa para la vida y se requiera el tratamiento de emergencia.

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

**O**

Por la presente, doy permiso para que los medicamentos sin receta (como los productos que no contienen aspirina, por ejemplo paracetamol o ibuprofeno, pastilla para la garganta, y jarabe para la tos) se le den a mi hijo(a), si considera apropiado.

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 témanos/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): \_\_\_\_\_