**Permiso de Padres/Tutores y Renuncia de Responsabilidad**

**Descripción de la actividad/evento:**

Evento:

Fecha:

Destino: Destino:

Persona(s) Responsable(s):

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

De parte de la Arquidiócesis:

Modo de transportación:

Horario estimado para partir/regresar:

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

 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 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 parroquia

 y de la Arquidiócesis de Nueva York .

*Nombre de la Iglesia*

**Acuerdo para eximir de toda responsabilidad**

Como un padre y/o tutor legal, continuo a ser responsable legalmente para las acciones personales realizadas por el menor antes mencionado (“participante”).

Estoy de acuerdo en nombre de yo mismo, mi hijo antes mencionado, y nuestros herederos, sucesores, cesionarios, a eximir de responsabilidades y defender \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*Nombre de Parroquia*

sus funcionarios, directivos, empleados y agentes, empleados, y el 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 hijo asiste 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 a compensar la parroquia, sus funcionarios, directivos y agentes, y de la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, o representantes que están vinculados con el evento para los honorarios razonables de abogado y gastos en que pueda incurrir en cualquier acción traje contra ellos como resultado de tales lesiones o daño, a menos que tal reclamación resulte de la negligencia de la parroquia/diócesis.

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

**Concentimiento medico y permiso para ser tratado**

# Por la presente, garantiza que a lo mejor de mi conocimiento, mi hijo se encuentra en buen estado de salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo.

# *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 mi hijo 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 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:

**Ó Medicamentos**: Mi hijo está tomando el medicamento en este momento. Mi hijo 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:

Por la presente, doy permiso para ave 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) deben darse a mi hijo, si considera apropiado.

Firma: Fecha:

***Información médica específica***: La parroquia tendrá un cuidado razonable para ver que la siguiente información será mantenida en confianza.

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

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

¿Tiene el hijo una dieta médicamente recetada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay limitaciones físicas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene el hijo la nostalgia crónica, las reacciones emocionales a situaciones nuevas, el sonambulismo, la enuresis nocturnal, o los desmayos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha estado expuesto recientemente el niño a la 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_