

Forma A Anual de liberación de Información médica y responsabilidad e indemnización

Diócesis Católica del El Paso y/o Parroquia de _____

Programa(s) de la Pastoral con Adolescentes

Padre/guardián/conservador permiso y liberación de responsabilidad, información médica

Nombre de joven: _____

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Sexto: Masculino Femenina

Nombre del: _____ Padre Guardián Conservador

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Contacto de emergencia - nombre: _____ Celular: _____

Relación a mi hijo(a): _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

¿Usa mensajes de texto?: Si No

Yo, _____ *Nombre de padre/guardián/conservador* doy permiso para que mi hijo(a), participante, _____ *Nombre de participante*

participe en los programas y actividades de la Diócesis of El Paso y/o la Pastoral con Adolescentes de la Parroquia de _____ empezando el **1 día de Junio de 2016** y continuando hasta el **31 de Mayo de 2017**. Estos programas y actividades se llevarán a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados y/o voluntarios de la parroquia de _____ y/o la Diócesis de El Paso. Esta forma de indemnidad se pondrá en el archivo y acompañará a su hijo(a), participante a cualquier y a todo programa de actividades de la Diócesis de El Paso y/o Parroquia de _____. La forma de Consentimiento de participar/consentimiento para tratamiento de emergencia (forma B) debe ser entregada junto con esta forma para cada programa y/o actividad.

Yo entiendo de que como padre/guardián/conservado legal, soy responsable por cualquier acción personal tomada por mi hijo(a), participante nombrado(a) arriba.

Por mi parte y por parte de mi hijo(a), participante, en este documento nombrado, nuestros herederos, y sucesores y apoderados acepto no hacer responsable a la Diócesis de El Paso, el Obispo y su sucesores, empleados, agentes, voluntarios la parroquia, sus empleados y/o voluntarios de cualquier y todo reclamó por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico relacionados con la participación de mi hijo(a), participante en los diversos programas y actividades durante las fechas nombradas arriba (a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la Diócesis y/o la parroquia).


En el evento en que se lleve a cabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de los acuerdos, se está de acuerdo de que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todo costo de corte razonable, cuota razonable del abogado y otros gasto incurridos por la parte ganadora.

 Firma del padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

Forma A Anual de liberación de Información médica y responsabilidad e indemnización


Liberación promocional

Yo también doy mi consentimiento (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse de recibo al: El Diócesis de El Paso, 499 St. Matthews, El Paso, TX 79907. ATTN: Director de la oficina de Vocaciones) para el uso de cualquier video, fotografías, audio tape, o cualquier otra reproducción visual o auditiva por la Diócesis de El Paso en las que mi hijo(a), participante pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales se usan para la promoción de Vocacional de la Diócesis de El Paso y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

 Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

Comunicado social

La Diócesis de El Paso utiliza de manera positiva la tecnología de hoy para alcanzar a la juventud de la Diócesis, incluyendo Facebook, correo electrónico y otros medios sociales de comunicación. Posiblemente podemos quitar contenidos inapropiados. Todas las comunicaciones con cualquier joven a través de programas de medios sociales por cualquier persona en representación de la Diócesis pueden ponerse a disposición de los padres a petición. Si no permite a su hijo(a), participante, usar correo electrónico, Facebook u otros medios sociales, no son necesarios para participar en los eventos de la Oficina de Vocaciones. Sin embargo, la Diócesis no puede garantizar que fotos, videos, u otra comunicación con su hijo(a), participante, de parte de eventos de la Diócesis y/o parroquia serán usados en los medios sociales.

 Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

.....
¿Tiene seguro el participante? Sí No

Sí tienes seguro llene información siguiente de la tarjeta de seguro del Participante:

Nombre de principal de la póliza de seguro: _____

Compañía de seguro: _____

de póliza: _____ # de identificación de seguro: _____

Domicilio de reclamo: _____

Teléfono de atención al cliente: _____

MEDICAMENTO: Marque todo que es aplicarse – Importancia notable: NO MARQUES TODO LA CAJAS PORQUE UNO PUEDE ANULAR EL OTRO.

Mi hijo(a), participante, no toma ningún medicamento y no traerá ningún medicamento.

 Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____


Forma A Anual de liberación de Información médica y responsabilidad e indemnización

Mi hijo(a), participante, toma medicamento(s) que pueden ser administrados por sí mismo. Mi hijo(a), participante, traerá los medicamentos necesarios y estarán claramente etiquetados. Entiendo que se requiere que mi hijo(a), participante, entregar todo el medicamento al adulto designado para cuidar los medicamentos. Además entiendo de que es la responsabilidad de mi hijo(a), participan, presentarse en el lugar asignado para recibir su medicamento(s) con la frecuencia/horario indicado abajo. Yo entiendo que el adulto al que mi hijo(a), participante, le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Mi hijo(a), participante, regresará el medicamento, al adulto designado, después tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de mi hijo(a), participante, de recoger cualquier medicamento, si llega a queda alguno en el lugar designado.

Nombres de los medicamentos, la dosis exacta, y la frecuencia/tiempo están escrito abajo: (si necesita más espacio, use otra hoja, fírmela y fíchela).


 Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

Mi hijo(a), participante, toma medicamento(s) pero no se los puede administrar. El padre/guardián/conservador del hijo(a), participante, proporcionará y dispensará cualquier y todo medicamento(s).

 Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

Medicamento no recetado: elija A o B; NO firme ambas opciones.

(A) Ningún medicamento de cualquier tipo, sea recetado o no recetado, será administrado a mi hijo(a), participante, a menos que sea una situación de vida o muerte, y tratamiento de emergencia sea requerido.

 Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

(B) Yo doy permiso para que los siguientes medicamentos no recetados se le den a mi hijo(a), participante. **(Excluyendo medicamentos nombrados abajo que pueden causar una reacción alérgica).**

Medicamento de alivio para el dolor sin aspirina	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pastilla para la garganta	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Descongestionante	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Antiácido	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Antihistamínico	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

 Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

Forma A Anual de liberación de Información médica y responsabilidad e indemnización

Especifica Información Médica

1. Reacciones Alérgicas: (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.)

2. Vacunas: fecha de la última vacuna de tétanos/difteria:

3. Otro medicamento que está tomando su hijo(a), participante:

4. Alguna limitación que tiene su hijo(a), participante:

5. ¿A sido expuesto su hijo(a), participante, a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, viruelas, etc.? Si sí, fecha y condición o enfermedad.

6. También les informo de estas condiciones médicas especiales de mi hijo(a), participante. Favor de entregar con esta forma un papel con una clara descripción de estas condiciones especiales.

Con pleno uso de mis facultades mentales certifico que esta información es correcta y verdadera.



Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____