

Catholic Diocese of El Paso and/or the Parish of

Permission, Liability Waiver and Medical Information

Participant's Name: _____

Birth Date: _____ Sex: Male Female

Parent Guardian Conservator Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Cell Phone: _____ Home Phone: _____

Emergency Contact Name: _____

Relationship to my son/daughter: _____

Cell Phone:(_____) _____ Home Phone: (____) _____ Texting: Yes No

Release/Indemnification Information:

I _____ grant my permission for _____
Parent/Guardian/Conservator's Name Participant's Name

to participate in _____ program and activities of the Diocese of El Paso and/or the parish of beginning _____ and continuing through the _____
These various programs and activities will take place under the guidance and direction of Diocese Personal, Parish Leaders, catechists and/or volunteers from the parish of and/or the Diocese of El Paso. This permission and liability waiver will be kept on file and will accompany the child on any and all programs and activities of the Diocese of El Paso and/or parish of. A separate **FORM B** Consent to Participate and Consent Emergency Medical Treatment must be filled out and turned in to accompany this form per each program and/or activity.

I understand that as parent/guardian/conservator, I remain legally responsible for any personal actions taken by the participant named above.

I agree on behalf of myself, my son/daughter/participant named herein, our/his/her heirs, successors, and assigns to hold harmless, the Diocese of El Paso, the Bishop and his successors, employees, agents, volunteers, the Parish its employees and volunteers from any and all claims (unless due in part by gross negligence of the Diocese and/or Parish) for illness, injury, death and the cost of medical treatment therewith, arising from or in any way connected with my son/daughter/participant's attending the various programs and activities during the dates named above.

In the event any legal action is taken by either party against the other party to enforce any of the terms and conditions of this agreement, it is agreed that the unsuccessful party to such action shall pay to the prevailing party therein all reasonable court costs, reasonable attorneys' fees and expenses incurred by the prevailing party.

→ P a r e n t / G u a r d i a n / C o n s e r v a t o r S i g n a t u r e D a t e

Promotional Release

I also consent to the use of any videotapes, photographs, slides, audiotapes, or any other visual or audio reproduction (in perpetuity unless otherwise revoked by me in writing and delivered by certified mail, return receipt requested, to: Diocese of El Paso, 499 St. Matthews St. El Paso, TX. 79907) in which my son/daughter may appear by the Diocese of El Paso. I understand that these materials, including websites and social media sites, are being used for promotion for the Diocese of El Paso, which may include recruitment and fundraising efforts.

→ P a r e n t / g u a r d i a n / C o n s e r v a t o r S i g n a t u r e D a t e

Social Media Release

The Diocese of El Paso utilizes today's technology in a positive way to reach out to the youth of the diocese, including Facebook, email, and other social media; we may remove any content deemed inappropriate; all communications with any youth through social media programs by anyone representing the diocese may be made available to any parent upon request; if you do not allow your son/daughter to text, Facebook, or use other social media, there will be no expectation that they do so in order to participate in certain religious formation events; however, the diocese cannot guarantee that photos, videos, or other communication of you son/daughter from diocesan and /or parish events will not be uploaded to a social media site.



Parent/Guardian/Conservator Signature _____ Date _____

Is the participant insured? Yes No

If yes, please fill out the information below FROM THE PARTICIPANTS Insurance Card:

Name of Policy Holder (whose name is the policy in?) _____

Insurance Carrier/ Name of Insurance Company: _____

Policy Number: _____ Insurance ID Number: _____

Claim Address: _____

Customer Service Phone Number: _____

Prescription Medications: Check Box 1, 2, or 3 which is true for your child - DO NOT CHECK ALL BOXES

- 1. My son/daughter takes no medication and will bring no medication with him/her.
- 2. My son/daughter takes medication/s and will self-medicate. My son/daughter will bring all such medications necessary, and such medications will be clearly labeled. I understand that the child will be required to turn all medication(s) over to a supervising adult designated to keep medication(s). I further understand that it will be this child's responsibility to present himself/herself at a location designated for returning medication(s) to my son/daughter at the frequencies/times listed below. I understand that the adult to whom he/she surrenders the medication has no medical training and this adult will not measure dosages. My son/daughter will return the medication(s) to the adult after he/she self-medicates. At the conclusion of the event it will be my son/daughters responsibility to pick up remaining medication(s), if any, at the self-medication designated location. Names of medications and exact dosage and frequencies /times are as listed below: (you may attach a sheet to this form if you need more space just make sure to sign and date it as well).

- 3. My son/daughter takes medication but is unable to self-medicate. I, parent/guardian/conservator, will provide and dispense any and all needed medications.

Non-Prescription Medications: Check Box A or B. DO NOT CHECK BOTH BOXES

- A. No medication of any type** whether prescription or non-prescription may be administered to this child unless the situation is life-threatening and emergency treatment is required.
- B. I grant permission** for the following non-prescription medication to be given to this child (excluding medication listed below that causes allergic reaction) in the recommended dosage on the medication bottle.

Non-aspirin pain reliever: Yes No

Throat Lozenge: Yes No

Decongestant: Yes No

Antacid: Yes No

Antihistamine: Yes No

Specific Medical Information

1. Allergic reactions (medications, foods, plants, insects, etc.) _____
2. Other medications child currently takes _____
3. Any physical limitations _____
4. Has child recently been exposed to contagious disease or condition such as mumps, measles, chicken pox, etc.? If so, date and disease or condition. _____

5. You should also be aware of these special medical conditions of this child. *Please attach a clear description to this form*

To the best of my ability, everything I have stated here is true and accurately reflects my wishes.

—> Signature of Parent/Guardian/Conservator: _____ Date: _____

Diocese of El Paso and/or the Parish of _____

Consent to Participate and Consent for Emergency Medical Treatment

I, _____

grant permission for my child,

Parent/ Guardian/Conservator's name

Participant's Name

to participate in the below described parish event. This activity will take place under the guidance and direction of parish employees and/or volunteers from the above named parish.

A brief description of the activity follows:

Description of event: _____

Date of event: _____

Destination of event: _____

Mode of transportation to and from event:

Transportation to/from event is the responsibility of the participant Individual(s) in charge: _____ and

Estimated time of departure and return: _____

During this event, I give permission for either of the adults named above in charge of the event to consent to emergency medical or surgical treatment for _____.

Name of minor

There are no changes to insurance or medical information since I last filled out Form A for my son/daughter named above.

The following changes to insurance and medical information since I last filled out Form A for my son/daughter (named above) are:

In an emergency the Parent/Guardian/Conservator will be contacted immediately. If we are unable to reach you, please provide an Emergency Contact Name: _____

Please print Parent/Guardian/Conservator Name _____

Cell Phone _____ Do you text? Yes . No . Home Phone _____

→ Signature of Parent/Guardian/Conservator _____ Date: _____

If Guardian or Conservator is signing this consent form, please state the name of parent, if known.

This form "CONSENT TO PARTICIPATE and CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT" must be attached to the Parent/Guardian/Conservator Permission, Liability Waiver, and Medical Information (FORM A) for each event attended.

Forms A and B must travel to and from each trip away from the parish. Forms OA is required for all Out of State events.

Form D Adult Liability Waiver, Medical and Promotional Release Form

Diocese of El Paso and/or Parish of _____
Adult Liability Waiver, Medical Release and Promotional Release Form

All adults participating in parish and/or diocesan events/trips must fill out this form

Adult Participant's Name: _____ DOB: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Cell: _____ Do you text? Yes No

Have you completed the Diocese of El Paso Safe Environment Program (Virtus Training)? Yes No

If so, provide the date of completion or renewal: _____ Where did you attend training?: _____

I agree on behalf of myself, my heirs, successors, and assign to hold harmless and release the Diocese of El Paso, Bishop of the Roman Catholic Diocese and his successors in office, diocesan employees, volunteers and the parish of religious formation program, their officers, directors, and agents from any liability (unless due in part to gross negligence of the diocese and/or parish) for illness, injury or death arising from or in connection with my attending a religious formation ministry event or trip beginning _____ through _____.

In the event any legal action is taken by either party against the other party to enforce any of the terms and conditions of this agreement, it is agreed that the unsuccessful party to such action shall pay to the prevailing party therein all court costs, reasonable attorney's fees and expenses incurred by the prevailing party.

In the event that I should require medical treatment and I am not able to communicate my desires to attending physicians or other medical personnel, I give permission for the necessary emergency treatment to be administered.

Please advise the doctors that I have the following allergies: _____

In case of an emergency and for permission for treatment beyond emergency procedures, please contact:
Emergency Contact Name: _____
Relationship to me: _____
Cell Phone: (_____) _____ Home Phone: (_____) _____ Texting: Yes No

Health Insurance Carrier: _____

Insurance ID Number: _____ Insurance Policy Number: _____

Please attach a copy, front and back of your Medical Insurance Card

Promotional Release

I also consent to the use of any videotapes, photographs, or any other visual reproduction (in perpetuity unless otherwise revoked by me in writing and delivered by certified mail, return receipt requested, to: Diocese of El Paso, 499 St. Matthews St. El Paso, TX. 79907) in which I may appear by the Diocese of El Paso. I understand that these materials, including websites and social media sites, are being used for promotion for the Diocese of El Paso, which may include recruitment and fundraising efforts.

Signature _____

Date _____

Notary signature
& seal required
for all out of
state activities.

Catholic Diocese of El Paso and/or the Parish of _____
Parent/Guardian/Conservator Permission, Liability Waiver and Medical Information

Youth Participant's Name: _____ DOB: _____ **Male** **Female**

Parent/Guardian/ Conservator's Name: _____

Home Address: _____ City _____ Zip: _____

Cell Phone: (_____) HomePhone:(_____)

Release/Indemnification Information

I, _____ grant my permission for _____
Parent/Guardian/Conservator Name Participant's Name

to participate in the below described parish event. This activity will take place under the guidance and direction of parish employees and/or volunteers from the above named parish. The following is a brief description of the activity:

Description of event: _____ Date of event: _____ Destination of event: _____ Mode of transportation to and from event: _____ <i>Transportation to/from event is the responsibility of the participant</i> Individual(s) in charge: _____ Estimated time of departure and return: _____
--

During this event, I give permission for either of the adults named above in charge of the event to consent to emergency medical or surgical treatment for _____ (Name of minor).

I understand that as parent/guardian/conservator, I remain legally responsible for any personal actions taken by the participant named above. **I agree on behalf of myself, my son/daughter/participant named herein, our/his/her heirs, successors, and assigns to hold harmless, the Diocese of El Paso, Bishop and his successors, employees, agents, volunteers, the parish, it's employees and volunteers from any and all claims (unless due in part by gross negligence of the diocese and/or parish) for illness, injury, death and the cost of medical treatment therewith, arising from or in any way connected with my son/daughter/participant's attending the various programs and activities during the dates named above.**

In the event any legal action is taken by either party against the other party to enforce any of the terms and conditions of this agreement, it is agreed that the unsuccessful party to such action shall pay to the prevailing party therein all reasonable court costs, reasonable attorneys' fees and expenses incurred by the prevailing party.

→ **Parent/Guardian/Conservator Signature** _____ **Date** _____

Emergency Contact Information

Emergency Contact Name: _____ Cell Phone(_____) Relationship to the son/daughter/participant: _____ Cell Phone: (_____) Texting: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Home Phone:(_____) Business Phone:(_____)
--

Medical Information

Is the participant insured? Yes No If yes, please fill out the information below *FROM THE PARTICIPANTS* Insurance Card:

Name of Policy Holder (whose name is the policy in) _____
 Insurance Carrier / Name of Insurance Company: _____
 Policy number _____ Insurance ID Number: _____
 Claim Address/Zip _____
 Customer Service Phone Number: _____

Promotional Release

I consent to the use of any videotapes, photographs, slides, audiotapes, or any other visual or audio reproduction (in perpetuity unless otherwise revoked by me in writing and delivered by certified mail, return requested, to: Diocese of El Paso, 499 St. Matthews St. El Paso, TX. 79907) in which my son/daughter may appear by the Diocese of El Paso. I understand that these materials, including websites and social media sites, are used for promotion of the religious formation of the Diocese of El Paso which may include recruitment and fundraising efforts.

→ **Parent/Guardian/Conservator Signature** _____ **Date** _____

Social Media Release

The Diocese of El Paso utilizes today’s technology in a positive way to reach out to the youth of the diocese, including Facebook, email, and other social media. We may remove any content deemed inappropriate. All communications with any youth through social media programs by anyone representing the parish/diocese may be made available to a parent upon request. The diocese cannot guarantee that photos, videos, or other communications of your son/daughter from diocesan and /or parish events will not be uploaded to a social media site.

→ **Parent/Guardian/Conservator Signature** _____ **Date** _____

Prescription Medications: Check Box 1, 2, or 3 which is true for your child DO NOT CHECK ALL BOXES

- 1. This child takes no medication and will bring no medication with him/her.
- 2. My son/daughter takes medication/s and will self-medicate. My son/daughter will bring all such medications necessary, and such medications will be clearly labeled. I understand that the child will be required to turn all medication(s) over to a supervising adult designated to keep medication(s). I further understand that it will be this child’s responsibility to present himself/herself at a location designated for returning medication(s) to my son/daughter at the frequencies/times listed below. I understand that the adult to whom he/she surrenders the medication has no medical training and this adult will not measure dosages. My son/daughter will return the medication(s) to the adult after he/she self-medicates. At the conclusion of the event it will be my son/daughters responsibility to pick up remaining medication(s), if any, at the self-medication designated location. Names of medications and exact dosage and frequencies/times are as listed below: (you may attach a sheet to this form if you need more space just make sure to sign and date it as well).
- 3. My son/daughter takes medication but is unable to self-medicate. I, parent/guardian/conservator will provide and dispense any and all needed medications.

NON-PRESCRIPTION MEDICATIONS: Check box A or B. Do NOT Check both boxes!

- A. No medication of any type** whether prescription or non-prescription may be administered to this child unless the situation is life-threatening and emergency treatment is required.
- B. I grant permission** for the following non-prescription medication to be given to this child (EXCLUDING MEDICATION LISTED BELOW THAT CAUSES ALLERGIC REACTION).

Non-aspirin pain reliever	Yes _____ No _____	# of tablets per dosage _____ .
Decongestant	Yes _____ No _____	# of tablets per dosage _____ .
Antihistamine	Yes _____ No _____	# of tablets per dosage _____ .
Throat Lozenge	Yes _____ No _____	
Antacid	Yes _____ No _____	

Specific Medical Information

Allergic reactions (medications, foods, plants, insects, etc.) _____

Other Medications child currently takes _____

Any physical limitations _____

Has child recently been exposed to contagious disease or condition such as mumps, measles, chicken pox, etc.? If so, date and disease or condition. _____

You should also be aware of these special medical conditions of this child. *Please attach a clear description to this form* _____

TO THE BEST OF MY ABILITY, EVERYTHING I HAVE STATED HERE IS TRUE AND ACCURATELY REFLECT MY WISHES.

→ Signature of Parent/Guardian/Conservator: _____ DATE _____

Witnessed by me, _____ this day of _____
(year)

Notary's Signature: _____ Notary's Seal:
(Required for all out of state activities)

(NOTARY SIGNATURE & SEAL REQUIRED FOR ALL OUT OF STATE ACTIVITIES)

Firma y
sello de
notario
requerido

Diócesis Católica de El Paso y/o Parroquia de _____

Padre/guardián/tutor permiso y liberación de responsabilidad, información medica

Nombre del joven: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino

Nombre del padre/guardián/tutor: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono Celular: (_____) Teléfono de casa: (_____)

Información de Liberación de responsabilidad e indemnización

Yo, _____ doy permiso para que mi hijo/hija, _____
Nombre de Padre/ Guardián/tutor Nombre del Participante

participe en el evento parroquial descrito abajo. Esta actividad se llevara a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados

Descripción del Evento: _____ Fecha del evento: _____ Lugar del evento: _____ _____ Modo de transportación para llegar y regresar del evento: _____ <i>Transportación para llegar / regresar al evento es responsabilidad del participante</i> Persona(s) encargada(s): _____ y _____ Aproximación hora de salida y de regreso: _____
--

parroquiales y/o voluntario de la parroquia nombrada arriba. Lo siguiente es una descripción breve de la actividad:

Durante este evento, yo doy permiso para que cualquiera de las personas nombradas como encargadas del evento autorice tratamiento médico o quirúrgico de emergencia para _____ (nombre del menor)

Yo entiendo de que como padre/guardián/tutor legal, soy responsable por cualquier acción personal tomada por mi hijo(a) nombrada(o) arriba. **Por mi parte y por parte de mi hijo(a) aquí nombrado, nuestros herederos, y sucesores y apoderados acepto no hacer responsable a la Diócesis de El Paso, el Obispo y sus sucesores, empleados, agentes, voluntarios, la parroquia, sus empleados y voluntarios de cualquier y todo reclamo por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico relacionados con la participación de mi hijo(a) en los diversos programas y actividades durante las fechas nombradas arriba (a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la parroquia y/o la Diócesis).**

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 gastos incurridos por la parte ganadora.

Firma de padre/guardián/tutor _____ **Fecha** _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Celular _____ Relación a mi hijo(a): _____ Teléfono celular: (_____) ¿Usa mensajes de texto: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Teléfono de casa: (_____) Teléfono de trabajo: (_____)
--

Información Médica

¿Está asegurado el participante? Si **No** Si lo está, favor de llenar la información que se pide abajo, tal como aparece en la tarjeta de seguro DEL PARTICIPANTE:

Nombre de asegurado (que nombre está en la póliza de seguro) _____
 Nombre de la compañía de seguro: _____
 Número de Póliza _____ Número de identificación de seguro: _____
 Dirección a donde enviar reclamaciones, incluya el código postal _____
 Número de teléfono de servicio al cliente: _____

Liberación Promocional

Yo doy mi consentimiento (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse de recibo al: Diócesis de El Paso, 499 St. Matthews St. El Paso, TX. 79907) 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/hija pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales se usan para la promoción de la Pastoral con adolescentes de la Diócesis de El Paso y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

Firma de padre/guardián/Tutor _____ **Fecha** _____

Comunicado Social

La diócesis de El Paso utiliza la tecnología actual – incluyendo mensajes en *Facebook*, *correo electrónico* y otras redes sociales – de una manera positiva para acercarse a la juventud de la Diócesis. Toda comunicación enviada a los adolescentes, por cualquier persona que represente a la Diócesis, a través de las redes sociales, está disponible para el padre que la solicite. Sin embargo, la diócesis no puede garantizar que fotografías, videos, u otras comunicaciones de su hijo/hija provenientes de otros programas diocesanos o parroquiales aparezcan en alguno de estos sitios de comunicación social.

Firma de padre/guardián/tutor _____ **Fecha** _____

Medicamentos recetados: Marque el cuadro 1, 2, o 3 que sean ciertos para el joven NO MARQUE TODOS LOS CUADROS

1. Mi hijo(a) no toma ningún medicamento y no traerá con el/ella ningún medicamento
2. Mi hijo(a) toma medicamentos y puede administrar el medicamento por sí mismo. Mi hijo/hija traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a mi hijo/hija entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar los medicamentos. Además entiendo de que será la responsabilidad de mi hijo/hija 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/hija le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Mi hijo/hija regresará el medicamento(s), después que el/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de mi hijo/hija de recoger cualquier medicamento, si queda alguno, en el lugar designado para la administración del medicamento. Nombres de los medicamentos, la dosis exacta, y la frecuencia/tiempo están escritas abajo: (Si necesita más espacio, use otra hoja, fírmela y féchela).
-
3. Mi hijo/hija toma medicamento(s) pero no se los puede administrar. Yo el padre/guardián/tutor del hijo/hija proporcionaré y dispensaré cualquier y todo medicamento(s).

MEDICAMENTO NO RECETADO: Marque el cuadro A o B, NO MARQUE LOS DOS CUADROS!

- A. Ningún medicamento de cualquier tipo**, sea recetado o no recetado, será administrado a mi hijo/hija a menos que sea una situación de vida o muerte y tratamiento de emergencia sea requerido.
- B. Yo doy permiso** para que los siguientes medicamentos no recetados se le den a mi hijo(a) (EXCLUYENDO MEDICAMENTOS NOMBRADOS ABAJO QUE PUEDEN CAUSAR UNA REACCION ALERGICA).

Medicamento sin aspirina para aliviar el dolor	Sí _____ No _____ # de pastillas por dosis _____.
Descongestionante	Sí _____ No _____ # de pastillas por dosis _____.
Antihistamínico	Sí _____ No _____ # de pastillas por dosis _____.
Pastilla para la garganta	Sí _____ No _____
Antiácido	Sí _____ No _____

Especifica Información Médica

Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.)

Otro medicamento que esta tomando su hijo/hija

Alguna limitación que tiene mi hijo/hija

Me hijo/hija ha sido expuesto a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, sarampión, viruelas, etc. Si fecha y condición o enfermedad.

También les informo de estas condiciones médicas especiales de mi hijo/hija. *Favor de entregar con esta forma un papel con una clara descripción de estas condiciones especiales.*

EN LO MEJOR DE MI CAPACIDAD, TODO LO DICHO AQUÍ ES VERDADERO Y REFLEJA MIS DESOS

→ Firma de
padre/guardián/tutor: _____ Fecha: _____

Testigo, _____ el _____ de _____ de _____
(año)

Firma del Notario: _____ Sello del Notario:
(Requerido para todas actividades fuera del estado)

**(FIRMA Y SELLO DE UN NOTARIO PÚBLICO ES NECESARIO
PARA TODO LOS VIAJES FUERA DEL ESTADO DE TEXAS.)**

**Diócesis Católica de El Paso y/o parroquia de _____
Padre/guardián/tutor- Permiso y Liberación de Responsabilidad, Información Médica**

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Padre Guardián Tutor Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

Contacto de emergencia - Nombre: _____
Relación a mi hijo(a): _____
Teléfono celular: (____) _____ Teléfono de casa: (____) _____ ¿Usa mensajes de texto? Si No

Información de Liberación de Responsabilidad e indemnización:

Yo, _____ doy permiso para que mi hijo/hija, _____ participe en los
Nombre de Padre/ Guardián/ Tutor Nombre del Participante

Programas y actividades de la Diócesis de El Paso y/o la formación religiosa de la Parroquia de _____

Empezando el _____ y continuando hasta el _____. 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) a cualquier y a todo programa de actividades de

la Diócesis de El Paso y/o Parroquia de _____. Otra forma de Consentimiento de Participar y Consentimiento para tratamiento médico de emergencia (**forma B**) debe ser entregada junto con esta forma A para cada programa y/o actividad. Yo entiendo de que como padre/guardián/tutor legal, soy responsable por cualquier acción personal tomada por mi hijo(a) nombrada(o) arriba.

Estoy de acuerdo en mi nombre y el nombre de mi hijo(a) aquí nombrado, nuestros herederos, y sucesores y apoderados aceptar no hacer responsable a la Diócesis de El Paso, al Obispo y su sucesores, empleados, agentes, voluntarios, la parroquia, sus empleados y voluntarios de cualquier y todo reclamo por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico relacionados con la participación de mi hijo(a) 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 gastos incurridos por la parte ganadora.

→ Firma del padre/guardián/tutor: _____ Fecha: _____

Liberación promocional

Yo también doy mi consentimiento para el uso de videos, fotos, diapositivas, o cualquier reproducción audiovisual en que aparezca mi hijo/a en la Diócesis de El Paso (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse de recibo a: Diócesis of El Paso, 499 St. Matthews St. El Paso, TX. 79907) Entiendo que estos materiales, incluyendo websites y sitios de comunicación social son usados para la promoción del ministerio de la Diócesis de El Paso que puede incluir reclutamiento y recaudación de fondos.

→ Firma del padre/guardián/tutor: _____ Fecha: _____

Liberación sobre el uso de las redes de comunicación social

La Diócesis de El Paso utiliza la tecnología actual – incluyendo mensajes en *Facebook*, *correo electrónico* y otras redes sociales – de una manera positiva para acercarse a la juventud de la diócesis. Podemos eliminar cualquier contenido que consideremos impropio. Toda comunicación enviada a los adolescentes, por cualquier persona que represente a la Diócesis, a través de las redes sociales, está disponible para cualquier padre que la solicite. Si usted no permite a su hijo/hija “textear” entrar a *Facebook* ni utilizar cualquier otro medio de comunicación social, no será posible que usen estos medios para participar en ciertas actividades de los adolescentes. Sin embargo la diócesis no puede garantizar que fotografías, videos, u otras comunicaciones de su hijo/hija provenientes de otros programas diocesanos o parroquiales aparezcan en alguno de estos sitios de comunicación social.

→ Firma de padre/guardián/tutor: _____ Fecha: _____

¿Esta asegurado el participante? Si No Si lo está, favor de llenar la información que se pide abajo, tal como aparece en la tarjeta de seguro del PARTICIPANTE:

Nombre de asegurado (que nombre está en la póliza de seguro) _____
 Nombre de la compañía de seguro: _____
 Número de Póliza: _____ Número de identificación de seguro: _____
 Dirección a donde enviar reclamaciones, incluya el código postal: _____
 Número de teléfono de servicio al cliente: _____

Medicamentos recetados: marque el cuadro 1, 2, o 3 que sea cierto para el joven – NO MARQUE TODOS LOS CUADROS

1. Mi hijo/hija no toma ningún medicamento y no traerá con el/ella ningún medicamento.
2. Mi hijo/hija toma medicamentos y puede administrar el medicamento por si mismo. Mi hijo/hija traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a mi hijo/hija entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar los medicamentos. Además entiendo de que será la responsabilidad de mi hijo/hija 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/hija le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Mi hijo/hija regresara el medicamento(s), después que él/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de mi hijo/hija de recoger cualquier medicamento, si queda alguno, en el lugar designado para la administración del medicamento. Nombres de los medicamentos, la dosis exacta, y la frecuencia/tiempo están escritas abajo: (Si necesita más espacio, use otra hoja, fírmela y féchela).
-
3. Mi hijo/hija toma medicamento(s) pero no se los puede administrar. Yo padre/guardián/conservador de mi hijo/hija proporcionare y dispensare cualquier y todo medicamento(s).

Medicamento no recetado: marque el cuadro A o B - NO MARQUE LOS DOS CUADROS

- A. Ningún medicamento de cualquier tipo**, sea recetado o no recetado, será administrado a mi hijo/hija a menos que sea una situación de vida o muerte y tratamiento de emergencia sea requerido.
- B. Yo doy permiso** para que los siguientes medicamentos no recetados se le den a mi hijo/hija (**excluyendo los que puedan causar una reacción alérgica**) en la dosis recomendada en el frasco de la medicina.

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

Especifica información médica

1. Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.) _____
2. Otro medicamento que esta tomando su hijo/hija _____
3. Alguna limitación física que tiene su hijo/hija _____
4. ¿Ha sido expuesto su hijo/hija a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, sarampión, viruela, etc.? Si es sí, fecha y condición o enfermedad. _____
5. También les informo de estas condiciones médicas especiales de mi hijo/hija. Favor de entregar con esta forma un papel con una clara descripción de estas condiciones especiales _____

En lo mejor de mi capacidad, todo lo que he dicho aquí es verdadero y refleja precisamente mis deseos.

→ Firma de padre/guardián/Tutor: _____ Fecha: _____

Diócesis de El Paso y/o Parroquia de _____

Consentimiento para participar y Consentimiento para tratamiento médico de emergencia

Yo, _____, doy mi permiso para que mi hijo/hija, _____
(Nombre de Padre/guardián/Tutor) (Nombre del Participante)

a participe en el evento parroquial descrito abajo. Esta actividad se llevara a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados parroquiales y/o voluntarios de la parroquia nombrada arriba.

Lo siguiente es una descripción breve de la actividad:

Descripción del evento:

Fecha del evento: ____

Lugar del evento: ____

Modo de transportación para llegar y regresar del evento: _____

Transportación para llegar/regresar al evento es responsabilidad del participante

Persona(s) encargada(s): _____ y _____

Aproximada hora de salida y de regreso: _____

Durante este evento, yo doy permiso para que cualquiera de las dos personas nombradas como encargadas del evento autorice tratamiento médico o quirúrgico de emergencia para _____
Nombre del menor

No hay ningún cambio de información médica o del seguro desde que llene la forma A para mi hijo/hija nombrado(a) arriba.

Los siguientes cambios de información médica o del seguro desde que llene la forma A para mi hijo/hija (nombrado(a) arriba son: _____

En caso de emergencia el padre/guardián/tutor será contactado inmediatamente. Si no podemos contactarle, favor de proveer el nombre de un contacto de emergencia: _____ Cel. _____

En letra impresa, escriba el nombre del Padre/ guardián/Tutor _____

Celular

Utiliza texto Si No Teléfono de casa

→ Firma del padre/guardián/Tutor: _____ Fecha: _____

Si el guardián o el tutor van a firmar esta forma, favor de indicar el nombre del padre, si lo conoce.

Esta forma "CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR y CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA" debe ser adherido a la hoja "Padre/guardián/Tutor- Permiso y Liberación de Responsabilidad, e Información Médica" (Forma A) para cada evento al que asista el participante. Las formas A y B deben llevarse a cada viaje fuera de la parroquia. Forma OA se requiere para todos los eventos fuera del estado.

Diócesis de El Paso y/o Parroquia de _____

Liberación de responsabilidad para adultos, y forma para consentimiento de tratamiento médico y promocional

** Todos los adultos que participen en eventos/viajes de la parroquia y/o diocesanos de formación religiosa deberán llenar esta forma **

Nombre del participante adulto: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Celular: _____ ¿Usa mensajes de texto? Si No

Usted a completado el programa de ambiente seguro Diocesano (Virtus training)? Si No

Si es sí, provea la fecha de entrenamiento o renovación: _____ Donde atendiste al entrenamiento?: _____

Estoy de acuerdo en mi nombre, el de mis herederos, y sucesores y asigno no hacer responsable y libero a la Diócesis de El Paso, al Obispo de La Diócesis Católica Romana y sus sucesores de oficina, empleados diocesanos, voluntarios, y a la Parroquia de _____, los programas de la juventud, sus oficiales, directores, y agentes, de cualquier reclamo de responsabilidad (a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la diócesis y/o la parroquia) por enfermedades, daño, o muerte que surja en conexión de mi asistencia al evento o viaje del ministerio de formación religiosa empezando el _____, hasta el _____.

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, cuota razonable del abogado y otros gastos incurridos por la parte ganadora.

En caso de que yo requiera atención médica y yo no pueda comunicar mis deseos a los doctores que me atiendan o a otros profesionales médicos, yo doy permiso de que se administren tratamientos de emergencia que sean necesarios.

Favor de avisar a los doctores que soy alérgico a: _____

En caso de emergencia y para pedir permiso para tratamiento adicional de emergencia, favor de comunicarse con:	
Contacto de emergencia - Nombre:	_____
Relación conmigo:	_____ Usa mensajes de texto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Teléfono celular: (1)	Teléfono de casa: (1)

Compañía de seguro: _____

Número de identificación de seguro: _____ Número de Póliza: _____

Favor de entregar una copia frente y vuelta de su tarjeta de seguro medico

También doy mi consentimiento para el uso de cualquier video, fotografías, o cualquier otra reproducción visual (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse de recibo a: Diócesis of El Paso, 499 St. Matthews St. El Paso, TX. 79907) por la Diócesis de El Paso en las que pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales incluyendo websites y redes de comunicación social son usados para la promoción del ministerio de formación religiosa de la Diócesis de El Paso y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

Firma

Fecha