

Permiso de Padres/Tutores y Renuncia de Responsabilidad

Descripción de la actividad/evento:

Fecha(s) del evento:

Tipo de evento:

Hora de salida/ Hora de llegada:

Teléfono de emergencia:

Destino:

Persona responsable:

Transportación al evento ida y vuelta:

Información del participante

Nombre del Participante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nombre del Padre o Tutor: _____

Dirección completa: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Email: _____

Talla de camiseta: ____S ____M ____L ____XL ____2XL ____3XL

Permiso para participar

Yo, _____ certifico que soy el padre o tutor legal de este participante

Nombre del Padre o Tutor

y doy permiso a mi hijo (a) _____ para que participe en los eventos de la iglesia donde se requiere

Nombre del hijo/hija

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 _____

Nombre de la Iglesia

Acuerdo para eximir de toda responsabilidad

Como padre/tutor legal, yo sigo siendo responsable por cualquier acción personal hecha por mi hijo/hija arriba nombrado. En el caso de una violación grave de las normas de conducta, entiendo que él/ella puede ser enviado a casa cubriendo yo el costo, pero se le notificara y se discutirá la logística con usted por adelantado.

Estoy de acuerdo a nombre mío, de mi hijo/hija nombrado(a) aquí, nuestros herederos, sucesores y designados en eximir de responsabilidad y defender a _____

Nombre de la iglesia (tu iglesia)

sus oficiales, directores, agentes, y a la Diócesis de Charleston de cualquier responsabilidad por dolor, lesiones o muerte que salga de o en conexión de la asistencia de mi hijo/hija al evento mencionado arriba. Excepto que dichas obligaciones no se aplicaran en el caso de que la negligencia grave o actos intencionales vengan de la parte diocesana.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Permiso para ser fotografiado

Doy permiso para que mi hijo(a) _____ sea fotografiado(a) en este evento y entiendo que las fotografías serán utilizadas para publicidad, etc. ____ Si ____ No.

Firma del Padre/ Tutor: _____ Fecha: _____

Lado A (Por favor llene la información en lado A y luego completar el lado B en la parte de atrás)

CONSENTIMIENTO MEDICO Y PERMISO PARA SER ATENDIDO

Divulgación de Información

Con el mejor conocimiento que tengo, mi hijo(a), _____, está bien de salud y asumo todas las responsabilidades por la salud de mi hijo(a). En caso de una emergencia, doy permiso para que lo transporten a un hospital para ser tratado de emergencia. Yo espero seme avise antes de que se le realicen futuros tratamientos en el hospital o en la oficina del doctor. Deseo se me informe antes de cualquier tratamiento adicional por parte de los profesionales médicos; pero no quiero que se le retenga el tratamiento si no se puede contactar a un contacto de emergencia que menciono a continuación o a mi persona y la lesión es potencialmente mortal o la falta de tratamiento resulte en una lesión permanente.

Yo por este medio autorizo para que el personal médico dé información al director de la diócesis y/o al ministro de jóvenes de mi parroquia en el caso de que mi joven tenga algún dolor o lesión.

Firma del Padre/ Tutor: _____ *Fecha:* _____

Información del seguro

Compañía de seguros: _____ Número de Póliza: _____

Contacto de Emergencia

Nombre del Padre o Tutor: _____

Dirección complete: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Si no es posible localizarme, favor de llamar a:

Nombre: _____

Relación conmigo o mi hijo(a): _____

Historial Médico

Mi hijo(a) está bajo el cuidado de un proveedor médico: _____ Si _____ No.

Nombre del proveedor: _____ Número telefónico: _____

Por favor explique: _____

Mi hijo(a) está tomando medicamentos y traerá todos los medicamentos con él/ella y estarán claramente marcados. Mi hija(o) está tomando los siguientes medicamentos y las instrucciones para tomar estos medicamentos incluyendo dosis, frecuencia y forma de guardarlos es como sigue:

Yo aquí doy permiso para que medicamentos no prescritos (como gotas para la tos, jarabe para tos, tylenol, etc.) le sean dados a mi hijo(a) si es necesario: _____ Si _____ No.

Mi hijo(a) es alérgico a lo siguiente: _____ Mi

hijo(a) está hasta hoy al corriente de sus vacunas: _____ Si _____ No

Mi hijo(a) tiene las siguientes limitaciones: _____

Mi hijo(a) extraña su casa, tiene reacciones emocionales a nuevas situaciones, sonámbulo, desmayos, problema de orinar durante el sueño, etc. _____ Si _____ No.

Por favor explique: _____

Firma del Padre/ Tutor: _____ *Fecha:* _____

Lado B