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

**Descripción de la actividad/evento: Retiro Búsqueda para Jóvenes Adolescentes**

Fecha(s) del evento: 130-15 de Marzo, 2020

Tipo de evento: Retiro de fin de semana

Hora de llegada/ Hora de Salida: Viernes 6:00 pm/ Domingo 12:00 pm Teléfono de emergencia: 571-723-7793 Destino: New Ebenezer Retreat and Conference Center

Persona responsable: Estela Landaverde

Transportación al evento ida y vuelta: El transporte es propio

**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: \_

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

**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*:

**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 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*

 **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):

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*:

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:

 No.

**Historial Médico**

Mi hijo(a) está bajo el cuidado de un proveedor médico: Si

**Lado B**