

Arquidiócesis de Galveston-Houston / Oficina de Ministerio Juvenil

Consentimiento de los Padres o Guardianes y Renuncia de Responsabilidad Médica

Nombre del Participante _____ Fecha de Nacimiento _____
Domicilio _____
Ciudad y Estado _____ Código Postal _____
Nombre del Padre o Guardián _____
Número telefónico (____) _____
Número telefónico alterno: (____) _____
Parroquia _____ Grado _____ Edad _____ Sexo _____

CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

**¡Importante! Para ser llenado por los padres o guardianes del joven menor de 18 años de edad.
Si el participante es mayor de 18 años, el consentimiento debe ser firmado por él mismo.**

Yo (nombre del padre/guardián) _____, concedo/otorgo permiso para que mi hijo(a), (nombre del participante) (____), participe en nombre del evento) _____ Confirmation Retreat _____ que se llevará a cabo en (fecha) 10/13/17-10/15/17, (hora) _____, y (lugar) 2200 S Washington Ave, Livingston, TX 77351

Apruebo personalmente y en representación del otro padre/madre, conocido o viviente (nombre del padre/madre) _____, de mi hijo(a) aquí mencionado(a), de nuestros herederos, sucesores y asignados y defiendo a la Arquidiócesis de Galveston-Houston, la parroquia patrocinante (su párroco, líder del ministerio de jóvenes, u otros agentes, etc.) o cualquier representante asociado con esta actividad, a menos que las partes involucradas hayan sido negligentes.

Al firmar esta forma, hasta donde es de mi conocimiento, certifico que toda la información contenida en ella es cierta y correcta.

Firma (padre/guardián)

Fecha

Firma (participante de mas de 18 años, debe formar por sí mismo).

Fecha

JÓVEN PARTICIPANTE: Al firmar aquí, estoy de acuerdo y me atengo a las normas y reglas establecidas por el **evento de jovens** (ver código de conducta). Mi falta en el cumplimiento de estas normas, implicará consecuencias por mi comportamiento que incluyen el ser retirado del evento y enviado a mi hogar con gastos a cargo de mis padres.

Firma (joven participante)

Fecha

Consentimiento para toma de fotografías

Yo como padre/guardián, entiendo se tomarán fotografías promocionales (individuales y de grupo) durante este acontecimiento. Concedo permiso para que la fotografía de mi hijo(a) sea utilizada en materiales de promoción (boletín de noticias, página web, calendarios, etc.) para informar sobre el evento.

Firma (padre/guardián)

Fecha

Consentimiento Médico

Asuntos Médicos

Certifico por este medio que hasta donde llega mi conocimiento, mi hijo(a), está en buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a). En las declaraciones siguientes, firme solamente aquellas con las que esté de acuerdo.

Tratamiento Médico de Emergencia

En caso de una emergencia, doy permiso de transportar a mi hijo(a) a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Pido ser notificado antes de que el hospital o los médicos hagan cualquier tratamiento adicional.

Nombre y relación _____ Teléfono _____

Médico de la familia _____ Teléfono _____

Medicamentos

Mi hijo(a) traerá los medicamentos que necesite, correctamente etiquetados, con los nombres e indicaciones sobre la forma en que deben ser administrados, incluyendo la dosis y frecuencia, según se indica:

Mi hijo(a) está tomando los siguientes medicamentos:

Medicamento(s): _____ Cantidad: _____

Como administrar: _____

_____ Yo por la presente **NO otorgo el permiso** para administrar ningún tipo de medicamento con o sin prescripción médica a mi hijo, a menos que de lo contrario se vea en peligro su vida y se requieran como tratamiento de emergencia. (Si está de acuerdo, firme sus iniciales)

_____ Yo por la presente **otorgo el permiso** para administrarle medicamentos sin receta (tales como Tylenol, pastillas de garganta, jarabe de tos) a mi hijo(a), si se considera necesario y conveniente. Entiendo que no se le administrará aspirina a mi hijo(a). (Si está de acuerdo, firme sus iniciales)

Información sobre Condiciones Médicas

(El personal arquidiocesano, tomará el cuidado de mantener esta información confidencial)

Mi hijo(a) ha tenido :

Un episodio de o se le ha diagnosticado: Convulsiones Asma Diabetes

Reacciones alérgicas a: (alimentos, tintes, latex, etc.) _____

Ha sido sometido a cirugía médica dentro de los últimos seis meses? Si No Está bajo cuidado médico? Si No

Tiene una dieta prescrita por su médico _____

Tiene las siguientes limitaciones físicas _____

Sus inmunizaciones/vacunas están actualizadas: Si No Fecha de la última inmunización _____

Ustedes deben estar enterados de las siguientes condiciones médicas de mi hijo(a): _____

Información sobre Seguro Médico

(Por favor adjunte a esta forma, una fotocopia de su tarjeta de seguro del frente y parte posterior)

Portador del seguro: _____

Nombre del asegurado: _____

Número de identificación de seguro: _____ Numero de póliza: _____

Nombre del padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de empleo: _____

Nombre de madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de empleo: _____

No, en este momento no tengo seguro médico.

En caso de que los adultos acompañantes de mi hijo(a) en dicho evento, noten que sufre síntomas repetidos de dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre o diarrea, pido ser informado inmediatamente. Si la llamada es de larga distancia, pido que se me llame por cobrar (yo seré responsable por el costo de la llamada)

Yo entiendo y libremente firmo las declaraciones escritas en este consentimiento.

Firma (padres/guardianes) del joven menor de 18 años

Fecha

Firma del participante mayor de 18 años de edad (debe firmar su propio consentimiento)

Date