

FORMA A FORMA DE CONSENTIMIENTO CONTINUO DE PADRES/TUTORES Y EXIMICION DE RESPONSABILIDAD (página 1)

Nombre completo del Participante _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de Casa _____ Ciudad/Código Postal _____

Padre(s)/Tutor(es) _____

Tel. de Casa _____ Tel. de Trabajo _____ Celular de Padres _____ Correo-E. _____

Contacto de Emergencia que NO vive en su casa: Nombre/Dirección: _____ Teléfono _____

Relación _____ Médico _____ Teléfono _____

Parroquia/Pueblo _____ Edad ____ Sexo ____ Grado concluido en otoño al llenado de esta forma _____

Correo-E (participante) _____ Celular (participante) _____ Medida de Camiseta (Circule uno) S M L XL 2X

Al proveer el correo-e y número de teléfono, le concede permiso al líder del grupo de enviar comunicación electrónica a este joven con respecto a todas las actividades de grupo.

Si usted no desea que su hijo(a) sea contactado a través de comunicación electrónica, marque aquí. _____

Si usted desea recibir cualquier comunicado electrónico que se le envíe a su hijo(a) por favor, marque aquí. _____

Si el participante es mayor de 18 años, el consentimiento debe estar firmado por el participante y los padres/tutores.

Yo, (nombre de padre/tutor) _____ y (nombre de participante) _____

concedo permiso y solicito que mi hijo/yo _____ se nos permita

participar en todos los eventos de la parroquia y de la diócesis.

Entiendo que cada año fiscal, se me proporcionará la **Forma B, Actualización Anual** para identificar cualquier cambio registrado en la forma de consentimiento y responsabilidad.

Entiendo que, para cada evento separado, se me proveerá la **Forma E, Consentimiento para un Evento Especifico y Liberación** para firmarla. SOLO se aceptará la forma que contenga el nombre exacto del evento, la fecha, el horario y el lugar. Se recomienda que su hijo lleve en todo momento su identificación actual con fotografía.

Además, entiendo y reconozco que este acuerdo es continuo y válido siempre y cuando yo/mi hijo(a) participe en los eventos parroquiales/diocesanos. La participación de mi hijo(a) y la mía en este evento es voluntaria. Considerando esto y otras cosas, yo libero, indemnizo, y eximo de responsabilidad a los acompañantes y sus asistentes de cualquier culpa por cualquier lesión física que mi hijo/yo sufra, incluyendo la enfermedad o muerte. Yo libero, y estoy de acuerdo en mantener fuera de responsabilidad a los acompañantes de cualquier reclamo que surja o resulte durante este viaje/evento. Doy mi consentimiento en la liberación, eximición de responsabilidad de mi parte y de mi hijo (a) estarán vinculados sobre mí, padre /tutor y/o amigo de mi hijo, y además estarán enlazados sobre mis bienes y los de mi hijo(a), mis herederos, representantes personales y legales. También estoy de acuerdo en defender, indemnizar y mantener indemne a los acompañantes de cualquier reclamo impuesto por mi/mi hijo(a) si el/ella rechazara su liberación después de obtener la edad adulta. Entiendo que la Iglesia Católica Romana, la Diócesis Católica Romana de Jackson o cualquier Iglesia/Parroquia Católica Romana no debe ser responsable, en cualquier forma, por cualquier daño, incluyendo enfermedad o muerte, que pueda ocurrir durante este evento.

CONSENTIMIENTO PARA VIDEOS/FOTOGRAFIAS

Como padre/tutor/participante adulto, entiendo que las fotografías y videos promocionales (individuales y/o en grupo) se pueden tomar durante los eventos. Para resaltar estos eventos en: hojas informativas, sitio web, calendarios, presentaciones PowerPoint, videos, medio social, etc.; doy mi permiso para que mis fotos y las de mi hijo(a) sean usadas en material de promoción. Por favor escriba sus iniciales _____.



FORMA A FORMA DE CONSENTIMIENTO CONTINUO DE PADRES/TUTORES Y EXIMICION DE RESPONSABILIDAD (página 2)

Consentimiento Médico

Por este medio certifico, en pleno uso de mis facultades mentales, que mi hijo(a) (y yo) estamos en completa salud, y asumo responsabilidad por mi salud y la de mi hijo(a). _____

En caso de una emergencia, por este medio doy permiso de transportar a mi hijo(a) o a mí a un hospital para atender la emergencia médica y tratamiento quirúrgico, si es necesario. _____

Medicamento

Mi hijo(a) y yo vamos a traer el medicamento que actualmente estamos tomando. Nos aseguraremos que esté correctamente etiquetado. Lista del nombre del medicamento que mi hijo(a) toma actualmente junto con breves instrucciones incluyendo su dosificación y la frecuencia de la administración.

Medicamento	Dosis	Frecuencia de Administración
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____ Por este medio NO DOY MI PERMISO para que se nos administre cualquier medicamento a mi hijo(a) o a (mi) a menos que sea una situación que amenace nuestra vida y que se requiera tratamiento de emergencia (Por favor escriba sus iniciales).

_____ Por este medio CONCEDO PERMISO para que se nos administre medicamento sin receta (tal como Tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos, etc.) a mi hijo(a) o a (mi) si se considera aconsejable. Entiendo que no se administraran las aspirinas debido a la conexión del Síndrome de Reye (Por favor escriba sus iniciales).

El personal parroquial/diocesano tomará precauciones para que la siguiente información se mantenga confidencial. Mi hijo(a)/yo tenemos:

____ convulsiones ____ asma ____ diabetes ____ defecto del corazón/enfermedad ____ depresión/ansiedad ____ otro

Si contesto si a cualquiera de las opciones anteriores, ¿cual es el estado actual de su condición?

¿Cirugía en los últimos seis meses? ____ si ____ no

¿Permanece bajo cuidado médico? ____ si ____ no

¿Alguna dieta medicamente recetada? ____ si ____ no

Si es si, explique _____

¿Existen limitaciones físicas? ____ si ____ no

Si es si, explique _____

¿Está al día con las vacunas? ____ si ____ no

Si es no, ¿cuáles vacunas no están al día? _____

Fecha de la última vacuna contra el tétanos _____

Otra información médica importante _____

Información del Seguro

Aseguradora _____

Nombre del Asegurado _____

Numero de Póliza _____

Por favor incluya una copia del seguro médico (ambos lados).

_____ Actualmente, no tengo seguro médico para mi hijo(a) o para mi y entiendo que el pago completo para el cuidado médico será responsabilidad del paciente.

Si los acompañantes se dan cuenta que mi hijo(a) o yo nos vemos enfermos con síntomas de dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero ser notificado de inmediato. Si no estoy disponible, por favor llame al contacto de emergencia.

Firma de Padre/Tutor _____

Fecha _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

(Si es mayor de 18 años)



FORMA E

PETICION, CONSENTIMIENTO Y LIBERACION PARA UN EVENTO ESPECIFICO

Yo solicito y doy mi permiso para que mi hijo(a), _____ asista al siguiente evento:

EVENTO: _____

SITIO: _____

FECHA: _____

HORARIO: _____

Nombre de Padre o Tutor

Firma de Padre o Tutor

Fecha

Nombre del Participante Si es mayor de 18 años

Firma del Participante Si es mayor de 18 años

Fecha

Celular de Padre o Tutor _____

1 El evento designado puede ser un evento periódico en el cual, este Consentimiento y Solicitud aplica con igualdad a cada ocasión de cada evento periódico. En otras palabras, si visitas las instalaciones locales de retiro cada jueves de cada mes, la Forma E solo se completará una sola vez para ese evento en particular y aplicará para todas las visitas.





FORMA C FORMA DE DECLARACIÓN MEDICA Y RESPONSABILIDAD DE LÍDER/ACOMPAÑANTE DE MINISTERIO JUVENIL DE ADULTOS

Yo, _____, por este medio libero, indemnizo, mantengo indemne a la Diócesis de Jackson, la parroquia, su personal y voluntarios de toda responsabilidad, demanda, perdida, daño y costo o gasto que surja de la participación de cualquier evento. Renuncio a cualquier demanda que tenga en contra de tal organización o persona que surja directa o indirecta de una situación legal, a consecuencia de un acto o negligencia de tal organización o persona en conexión con la ejecución de cualquier evento. Yo autorizo tratamiento por un médico certificado o equipo auxiliar médico profesional por cualquier accidente o enfermedad que surja y hospitalización si es necesaria. Además, entiendo y reconozco que mi participación en este viaje es voluntaria. En consideración a esto y a otras cosas, que Yo libero, indemnizo, y mantengo indemne a los acompañantes y sus asistentes de cualquier responsabilidad por mi lesión física, incluyendo enfermedad y muerte. Doy mi consentimiento de liberar, indemnizar y mantener indemne y estoy de acuerdo en mantener indemne a los acompañantes de cualquier demanda que surja o resulte de este viaje. Estoy de acuerdo y concedo mi liberación, indemnización y eximición de responsabilidad que estén vinculados con mis bienes, mis herederos, representantes personales y calificados. Entiendo que la Iglesia Católica Romana, la Diócesis Católica Romana de Jackson o cualquier Iglesia/Parroquia Católica Romana no debe ser responsable, en cualquiera de sus formas, por cualquier lesión, incluyendo enfermedad o muerte que pueda ocurrir durante este evento. Estoy de acuerdo en acatar los valores morales de la Iglesia Católica Romana mientras superviso los menores que estén a mi cuidado.

Ya he cumplido con el entrenamiento de Protección y Seguridad de los Niños y me he sometido a una verificación de antecedentes personales como lo ordena la Diócesis Católica de Jackson, y ambos están actualizados.

Nombre Completo _____

Dirección: Calle _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Parroquia y Pueblo _____

Teléfono de Casa _____

Teléfono Celular _____

Nombre del Médico _____

Número Telefónico del Médico _____

La siguiente información es importante y necesaria en caso de que quedes inconsciente.

Fecha de Nacimiento {incluyendo el año} _____ Edad _____ Fecha de la última Vacuna del Tétanos _____

Por favor escriba TODOS los nombres del medicamento con y sin receta médica que esté tomando.

_____ No, tengo seguro médico.

_____ Si, tengo seguro médico.

Aseguradora: _____

Nombre del Asegurado: _____

Número de Póliza: _____

Nombre de Contacto, en caso de Emergencia: _____

Teléfono de Contacto, en caso de Emergencia: _____

Por favor incluya una copia del seguro médico (ambos lados).

El pago completo por el cuidado médico es responsabilidad del paciente.

Al firmar esta Forma de Responsabilidad y Declaración Medica estoy de acuerdo en acatar el Código de Conducta en cualquiera de sus formas del evento específico. Si no soy capaz de seguir los lineamientos y expectativas de los acompañantes adultos; entiendo que habrá consecuencias por mis acciones, las cuales me pueden pedir que abandone el evento. Al firmar la Forma C,FORMA DE DECLARACIÓN MEDICA Y RESPONSABILIDAD DE LÍDER/ACOMPAÑANTE DE MINISTERIO JUVENIL DE ADULTOS, certifico que toda la información contenida en esta forma es verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento. Esta forma es válida por un periodo de seis años.

 Firma de Líder/Acompañante del Ministerio Juvenil Adulto

 Firma de Líder/Acompañante del Ministerio Juvenil Adulto

 Fecha