

Diócesis de Fort Worth y/o Parroquia de St. Frances Cabrini
Cesión de responsabilidad y forma para consentimiento de tratamiento médico Y Liberación
Promocional

Nombre del participante adulto: _____

Nombre de tu parroquia: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Celular: _____ ¿Usa mensajes de texto? Si No

¿Usted a participado en el taller “Como mantener un ambiente seguro para niños, y adolescentes, ” de la Diócesis de Fort Worth?
Si sí ¿Cuándo? _____ Parroquia: _____.

¿Usted a leído, firmado, y esta de acuerdo con el Código de Conducta y Normas de Comportamiento de la Diócesis de Fort
Worth? _____

¿A leído usted y esta de acuerdo en seguir los Lineamentos para actividades en la Parroquia y fuera de la parroquia para la
Pastoral con Adolescentes? _____

**En mi nombre, el de mis herederos y sucesores, acepto no hacer responsable a la Diócesis de Fort Worth y/o a la
Parroquia de St. Frances Cabrini, los programas de la Pastoral con Adolescentes, sus oficiales, directores, y agentes de
cualquier reclamo de responsabilidad por enfermedades, daño, o muerte que surja como consecuencia de mi
participación o conexión en los programas de la Pastoral con Adolescentes empezando el 1 de Junio, 2010 hasta
el 31 de Mayo, 2011 (a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la Diócesis y/o la parroquia).**

En el evento en que se lleve acabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir
cualquiera de los acuerdos, se esta 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.

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:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono durante la noche: _____

Compañía de seguro: _____

Numero de identificación de seguro: _____ Póliza: _____

También doy mi consentimiento (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse
de recibo al: The Catholic Center, 800 West Loop 820 South, Fort Worth, TX 76108, ATTN: Director de la Pastoral con
Adolescentes y Catequesis) para el uso de cualquier video, fotografías, audio tape, o cualquier otra reproducción visual o auditiva
por la Diócesis de Fort Worth en las que pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales se están usando para promoción de la
Pastoral con adolescentes de la Diócesis de Fort Worth y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

Firma _____

Fecha _____