

**Diócesis Católica de Fort Worth y/o Parroquia de St. Frances Cabrini
Programa(s) de la Pastoral con Adolescentes
Padre/guardián/conservador permiso y liberación de responsabilidad**

Nombre del joven: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre del padre/guardián/conservador: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal : _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono de trabajo: () _____

Contacto de emergencia - Nombre: _____

Relación a mi hijo(a) _____

Teléfono de casa: () _____ Teléfono de trabajo: () _____

Teléfono celular: () _____ ¿Usa mensajes de texto? Si No

Información de Liberación de responsabilidad e indemnización:

Yo, _____ doy permiso para que mi hijo/hija, _____

Nombre de Padre/ Guardián/ Conservador

Nombre del Participante

participe en los programas y actividades de la Pastoral con Adolescentes de la Parroquia de St. Frances Cabrini empezando el 1er día de _____ Junio _____, 2010 y continuando hasta el 31 de _____ Mayo _____, 2011. Estos programas y actividades se llevarán a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados y/o voluntarios de la parroquia de St. Frances Cabrini y/o la Diócesis de Fort Worth. Esta forma de indemnidad se pondrá en el archivo y acompañará a su hijo(a) a cualquier y a todo programa de actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o Parroquia de St. Frances Cabrini. La forma de Consentimiento de Participar/Consentimiento para tratamiento de emergencia (forma B) debe ser entregada junto con esta forma para cada programa y/o actividad.

Yo entiendo de que como padre/guardián/conservador legal, soy responsable por cualquier acción personal tomada por mi hijo(a) nombrada(o) arriba.

Por mi parte y por parte de mi hijo(a) aquí nombrado, nuestros herederos, y sucesores y apoderados acepto no hacer responsable a la Diócesis de Fort Worth y/o a la parroquia de St. Frances Cabrini y sus empleados y/o voluntarios de cualquier y todo reclamo por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico relacionados con la participación de mi hijo(a) en los diversos programas y actividades durante las fechas nombradas arriba (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.

Liberación promocional

Yo también doy mi consentimiento (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envié 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 Mi hijo/hija pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales se usan para la promoción de la Pastoral con adolescentes de la Diócesis de Fort Worth y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

Firma del padre/guardian/conservador

Fecha

INFORMACIÓN MEDICA DEL JOVEN

FAVOR DE ENTREGAR UNA FOTOCOPIA DEL SEGURO DE SU (HIJO (A) O llene LA INFORMACION QUE SE PIDE ABAJO.

NOMBRE DEL PARTICIPANTÉ _____

Compañía de seguro: _____ # de póliza: _____

Numero de identificación de seguro: _____

de seguro social : _____

Medicamentos: Marque todas las que apliquen – Nota: NO MARQUE TODAS LAS OPCIONES, YA QUE UNA OPCION PUEDE CANCELAR OTRA OPCION.

MI HIJO(A) NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO Y NO TRAERÁ CON ÉL/ELLA NINGÚN MEDICAMENTO.

Mi hijo(a) toma medicamentos y puede administrar el medicamento por si mismo. Mi hijo(a) traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a mi hijo(a) entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar los medicamentos. Además entiendo de que será la responsabilidad de mi hijo(a) presentarse en el lugar asignado para recibir su medicamento(s) con la frecuencia/horario indicado abajo. Yo entiendo que el adulto al que mi hijo(a) le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Mi hijo(a) regresará el medicamento(s), después que él/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de mi hijo(a) de recoger cualquier medicamento, si queda alguno, en el lugar designado para la administración del medicamento. Nombres de los medicamentos, la dosis exacta, y la frecuencia/tiempo están escritas abajo: (Si necesita más espacio, use otra hoja, firmela y fíchela).

MI HIJO/HIJA TOMA MEDICAMENTO(S) PERO NO SE LOS PUEDE ADMINISTRAR. EL PADRE/GUARDIÁN/CONSERVADOR DEL HIJO/HIJA PROPORCIONARÁ Y DISPENSARÁ CUALQUIER Y TODO MEDICAMENTO(S).

Ningún medicamento de cualquier tipo, sea recetado o no recetado, será administrado a mi hijo/hija a menos que sea una situación de vida o muerte y tratamiento de emergencia sea requerido.

Yo doy permiso para que los siguientes medicamentos no recetados se le den a mi hijo(a)

(EXCLUYENDO MEDICAMENTOS NOM BRADOS ABAJO QUE PUEDEN CAUSAR UNA REACCION ALERGICA).

Medicamento de alivio para el dolor sin aspirina Sí _____ No _____ # de pastillas por dosis _____ . Pastilla para la garganta Sí _____ No _____

Descongestionante Sí _____ No _____ # de pastillas por dosis _____ . Antiácido Si _____ No _____

Antihistamínico Sí _____ No _____ # de pastillas por dosis _____ .

Específica información médica

Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.) _____

Vacunas: fecha de la última vacuna de tétanos/difteria _____

Otro medicamento que está tomando su hijo/hija _____

Alguna limitación que tiene su hijo/hija _____

¿A sido expuesto su hijo/hija a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, sarampión, viruelas, etc.? Si sí, fecha y condición o enfermedad. _____

También les informo de estas condiciones médicas especiales de mi hijo/hija. Favor de entregar con esta forma un papel con una clara descripción de estas condiciones especiales.

Firma del padre/ guardián/conservador: _____ Testigo, _____

_____ el _____ de _____ de _____ .(Año)

Firma del Notario: _____ Sello del Notario:

(Requerido para todas actividades fuera del estado)