

Permiso de Padres/Tutores y Renuncia de Responsabilidad

Descripción de la actividad/evento:

Fecha(s) del evento:
Tipo de evento:
Hora de salida/ Hora de llegada:
Teléfono de emergencia:
Destino:
Persona responsable:
Transportación al evento ida y vuelta:

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: _____

Talla de camiseta: ___ S ___ M ___ L ___ XL ___ 2XL ___ 3XL

Permiso para participar

Yo, _____ doy permiso para que mi Hijo(a), _____
Nombre del Padre o Tutor *Nombre del niño/niña*
participe en los eventos de la iglesia donde requiere 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

Acuerdo para eximir de toda responsabilidad

Como padre/tutor legal, yo sigo siendo responsable por cualquier acción personal hecha por mi hija/hijo arriba nombrado.

Estoy de acuerdo en nombre mío, de mi hijo/hija nombrado(a) aquí, nuestros herederos, sucesores y designados para 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.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

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: _____

Lado A (Por favor pase la hoja y complete el lado B)

CONCENTIMIENTO MEDICO Y PERMISO PARA SER TRATADO

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. In caso de una emergencia, doy permiso para que lo transporten a un hospital para ser tratado de emergencia. Yo espero ser avisado antes de que se le realicen futuros tratamientos por el hospital o el doctor.

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 completa: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Si no es posible localizarme, favor de llamar a:

Nombre: _____

Relación conmigo o mi hijo(a): _____

Historial Médico

Mi hijo(a) está bajo el cuidado de un proveedor médico: _____ Si _____ No.

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:

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:* _____

Lado B