

Arquidiócesis de Galveston-Houston / Oficina de Catequesis Juvenil y Evangelización

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O GUARDIANES Y CONSENTIMIENTO MEDICO

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Nombre del Padre o Guardián: _____ HoNúmero telefónico: (____) _____

Número telefónico alterno: (____) _____ Número telefónico alterno: (____) _____

Parroquia: _____ Grado _____ Edad _____ Sexo _____

Email: _____

Tamaño de playera: ☐ Chica ☐ Mediana ☐ Grade ☐ XG ☐ 2XG ☐ 3XG ☐ 4XG

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) _____ que se llevará a cabo en (fecha) _____ (hora) _____, y (lugar) _____.

Considerando la participación de mi hijo(a) en este evento, estoy de acuerdo de mi parte, de mi hijo(a) aquí mencionado (a), de nuestros herederos, sucesores y asignados y defendemos a la Arquidiócesis de Galveston-Houston, la parroquia patrocinadora, a su párroco, líder del ministerio de jóvenes, u otros agentes, empleados u otros representantes asociados con esta actividad de cualquier lesión, pérdida o reclamos que pudiera surgir en la participación de mi hijo (a) en este evento.

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

JÓVEN PARTICIPANTE: Al firmar aquí, estoy de acuerdo y me atengo a las normas y reglas establecidas por el evento de jóvenes (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 TOMAR VIDEO / FOTOGRAFÍAS

Yo como padre/guardián, entiendo que 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

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:

El 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 administrar 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: _____ Número 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.

Firma (padre/guardián para participante menor de 18 años)

Fecha

Firma (Participante mayor de 18 años)

Fecha