

Parent/guardian Consent and Emergency Medical Release Form /
Formulario de Autorización de Descargo de Responsabilidad y Consentimiento
en caso de una Emergencia Médica

Name of Event / (Nombre del evento): _____

Destination / (Destino): _____

Designated Supervisor of Activity / (Supervisor de la actividad Designado): _____

Date and Anticipated Time of Departure / (Fecha y tiempo previsto de partida): _____

Return / (Regreso): _____

Cost to Youth / (Costo para el/la joven): _____

Method of Transportation / (Medio de Transporte): _____

Name of Youth / (Nombre del/ de la joven): _____

Date of Birth / (Fecha de nacimiento): _____ Grade/(Grado) _____

Gender / (Género): Male /masculino Female/femenino (Check one) / (Marcar uno)

Home Address / (Dirección residencia): _____

Parent/Guardian's Name / (Nombre padres o tutor): _____

Home phone number / (teléfono): _____ **Work phone / (teléfono trabajo):** _____

Cellular phone / (celular): _____

MEDICAL INFORMATION

Please list all information pertaining to allergies, diet, special medications, health conditions or any other information necessary in an emergency situation / (Favor enumerar toda la información relacionada con alergias, dieta, medicamentos especiales, condiciones de salud o cualquier información necesaria en caso de una situación de emergencia):

Explain fully / (explicar detalladamente): _____

Medications / (Medicamentos): My child is taking the following medication(s) / *Mi hijo/a toma los siguientes medicamentos:*

Description /descripción: _____ Dosage /Dosis: _____

Description /descripción: _____ Dosage /Dosis: _____

Medical/Hospital Insurance / (Seguro Médico/Hospitalario):

Carrier / (Compañía de Seguros): _____

Name of Policy Holder / (titular de la póliza): _____

Relation to Participant / (*relación con el participante*) _____

Policy Number / (*número de la póliza*): _____ Group Number / (*Número Grupo*): _____

Si usted desea participar en este evento, favor firmar y devolver el siguiente formulario de autorización de descargo y responsabilidad. Como padres o tutores legales, ustedes asumirán plena responsabilidad como consecuencia de cualquier acción personal que el /la joven decida tomar.

Por medio de la presente autorizo la participación del/la joven _____ en el evento descrito anteriormente. Tengo pleno conocimiento que evento tendrá lugar en un sitio fuera del perímetro de la parroquia y que mi hijo/hija estará bajo la supervisión del coordinador designado dentro de las fechas indicadas. Más aun, autorizo las condiciones establecidas en este documento sobre la participación en este evento incluyendo el medio de transporte.

Tomando en cuenta la oportunidad que tiene mi hijo/a de participar en este evento, y consciente plenamente sobre el elemento de riesgo que esta participación conlleva, nosotros asumimos todos los riesgos y peligros imprevistos que dicha participación puede ocasionar y por medio del presente documento autorizamos, absolvemos, indemnizamos y acordamos eximir de toda responsabilidad a la Diócesis de Pensacola-Tallahassee y a la Parroquia de _____.

Ni la Diócesis de Pensacola-Tallahassee, ni la Parroquia _____ ni dichos agentes, empleados, o voluntarios serán financieramente responsables de ninguna lesión, enfermedad o muerte que suceda como resultado directo o indirecto de esta actividad. Nosotros, los suscritos hemos leído el presente documento y comprendemos todos los términos y firmamos de manera voluntaria y con pleno conocimiento de su importancia.

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA: En caso de una emergencia, yo/nosotros autorizamos por la presente a la Diócesis de Pensacola-Tallahassee y a la Parroquia _____ a través de sus representantes autorizados a transportar a mi hijo/a al hospital o cualquier oficina médica o centro de salud donde se presten servicios médicos de emergencia. Yo/nosotros, adicionalmente autorizamos a dichos representantes de la Diócesis y/o Colegio a obtener o dar autorización a todo tratamiento médico que el representante considere necesario, incluyendo la administración de anestésico y cirugía y eximimos de responsabilidad a la Diócesis y la Parroquia _____ y sus representantes autorizados de todo y cada uno de los reclamos que surjan como resultado de la obtención y autorización del tratamiento médico anteriormente mencionado. Yo/nosotros deseamos que se nos informe, si es posible, antes de suministrar un tratamiento médico que no sea de emergencia por proporcionado por cualquier médico u hospital. Si no es posible comunicarse conmigo/nosotros favor comunicarse con:

Contacto en caso de emergencia y relación con el participante_____

Dirección y número de teléfono_____

MEDIA RELEASE / (*Divulgación de los Medios de Comunicación*)

_____ Yo/nosotros damos autorización a la Diócesis de Pensacola-Tallahassee y cualquiera de sus organizaciones afiliadas, incluyendo, pero no se limita a la revista The Catholic Compass, a usar el nombre de mi hijo/a y/o su fotografía para fines de divulgar promociones, noticias o relaciones públicas en medios impresos o medios electrónicos.

_____ Yo/nosotros NO damos autorización a la Diócesis de Pensacola-Tallahassee y cualquiera de sus organizaciones afiliadas, incluyendo, pero no se limita a la revista The Catholic Compass, a usar el nombre de mi hijo/a y/o su fotografía para fines de divulgar promociones, noticias o relaciones públicas en medios impresos o medios electrónicos.

Print parent/Guardian Name / (*Nombre Padre/tutor Escribir en letra de impresa*)

Signature of Parent/Guardian / (*Firma de padres/tutor*)

Date / (*Fecha*)

THIS FORM MUST BE WITH THE HEAD OF CHAPERONES AT ALL DIOCESAN AND PARISH EVENTS
ESTE FORMULARIO LO DEBEN TENER LOS ACOMPAÑANTES ENCARGADOS PARA TODOS LOS EVENTOS DIOCESANOS Y PARROQUIALES