

Diócesis Católica de Trenton



Departamento de Ministerios de Jovenes y Jovenes Adultos

701 Lawrenceville Road; P.O. Box 5147, Trenton, NJ 08638

609.403.7182 | 609.406.7403 [fax]

www.dotyouth.org | dwaddi@dioceseoftrenton.org | lcortes@dioceseoftrenton.org

Formulario de Consentimiento del Ministerio Juvenil Diocesano

***Cada participante menor de edad debe completar este formulario**

***Adultos que participaran pueden completar el formulario medico encontrado en la segunda pagina**

Información del evento

Evento: Conferencia Juvenil Diocesana (DYC) Fecha/Hora: 7 de febrero del 2026

Ubicación del Evento: Donovan Catholic HS, 711 Hooper Ave. Toms River, NJ 08753

Información del participante

Nombre: _____ Parroquia/Ministerio: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad (al inicio del evento): _____ Sexo: _____ Año de Graduación: _____

Correo Electrónico: _____ Teléfono residencial: _____ Celular: _____

Domicilio completo: _____

Cumplimiento de VIRTUS para adultos / líderes de equipo mayores de 18 años (se deben enviar copias):

Verificación de antecedentes _____ Virtus: _____

Información de consentimiento [Lea lo siguiente con mucho cuidado]

General: Al firmar este formulario de exención, reconozco que yo / mi hijo(a) / es física y mentalmente capaz de participar en actividades del ministerio juvenil. Reconozco que existen ciertos riesgos involucrados en dichas actividades. Libero a la Diócesis de Trenton, sus afiliados, voluntarios y empleados de todas las responsabilidades por cualquier lesión, de cuerpo o propiedad, que pueda ocurrirme durante el curso de estas actividades. En el caso de una emergencia en la que no se pueda contactar a mí, o al contacto alternativo,

Autorizo a los líderes adultos a tomar decisiones médicas por mí y a administrar primeros auxilios si se considera necesario. Además, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a la Diócesis de Trenton y sus afiliados, voluntarios y empleados de todas y cada una de las reclamaciones que surjan de la participación en actividades o como resultado de lesiones o enfermedades durante dichas actividades. He leído el Formulario de Exención y soy plenamente consciente de su contenido.

Publicidad: En ocasiones, la Diócesis de Trenton toma fotografías o hace una grabación de audio o video de niños y / o adultos involucrados en actividades parroquiales / escolares / juveniles. Doy mi consentimiento para el uso de dichas fotografías, o grabaciones de audio o video de la persona nombrada anteriormente para ser utilizadas, distribuidas o exhibidas como agentes de la Diócesis de Trenton según corresponda (por ejemplo: sitios web diocesanos; Facebook; YouTube; Blog diocesano; EL Anzuelo, etc.).

Transporte: Concedo a la Diócesis de Trenton y sus agentes el transporte de mi hijo durante el evento antes mencionado. El transporte hacia y desde dicho evento se decidirá entre yo y el programa de Pastoral Juvenil al que pertenece mi hijo. Entiendo que este evento / actividad / retiro puede tener lugar fuera de mi parroquia y que está bajo la dirección y guía de la Diócesis de Trenton junto con la supervisión de otros voluntarios / empleados. Estoy de acuerdo en que en consideración a nuestro hijo se le permita unirse a dicho evento / actividad / retiro, mantenemos a cada uno inofensivo e indemnizamos a la Parroquia y ala diócesis de Trenton y sus agentes contra todas y cada una de las formas de reclamos por lesiones a nuestro hijo que involucren dicho evento / actividad / retiro.

Firmas [No se requiere la firma del padre/ tutor para adultos mayores de 18 años]

Participante- Imprimir Nombre: _____ Firmar Nombre: _____ Fecha: _____

Padre/Tutor- Imprimir Nombre: _____ Firmar Nombre : _____ Fecha: _____

[El Formulario de Contacto de Emergencia/Liberación Médica en la página 2 también debe completarse]

Diócesis Católica de Trenton



Departamento de Ministerios de Jovenes y Jovenes Adultos

701 Lawrenceville Road; P.O. Box 5147, Trenton, NJ 08638

609.403.7182 | 609.406.7403 [fax]

www.dotyouth.org | dwaddi@dioceseoftrenton.org | lcortes@dioceseoftrenton.org

Contacto de Emergencia del Ministerio Juvenil Diocesano y Formulario Médico

Información del participante

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Domicilio completo: _____

Información de contacto de emergencia primaria [Complete esta sección de forma detallada]

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Domicilio completo: _____

Información de contacto de emergencia secundaria [Complete esta sección detallada]

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Domicilio completo: _____

Información médica [Proporcione su información de seguro de salud incluso si no existen condiciones médicas]

Proveedor de seguro de salud: _____

Número de cuenta: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Verifique todo lo que se aplica: _____ Diabético _____ Asmático _____ Epiléptico _____ Sin condición médica

_____ Alergias: _____

_____ Condición psicológica (es decir, depresión, trastorno bipolar, etc.): _____

_____ Afección cardíaca: _____

_____ Actualmente tomando medicamentos: _____

_____ Otros/Detalles: _____

Otras necesidades [Indique si hay alguna otra información importante, incluidas, entre otras, las necesidades dietéticas]

Firmas [No se requiere la firma del padre/ tutor para adultos mayores de 18 años]

Participante- Imprimir Nombre: _____ Firmar Nombre: _____ Fecha: _____

Padre/Tutor- Imprimir Nombre: _____ Firmar Nombre: _____ Fecha: _____

El Formulario de Consentimiento en la página 1 también debe completarse]