

CONSENTIMIENTO DE PADRE/TUTOR Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Todas las páginas deben ser llenadas y firmadas por cada participante.

Por favor entregue a los coordinadores de registro antes de participar en cualquier actividad.

Ningún menor podrá participar a menos que se entregue el formulario.

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Nombre del padre/madre/tutor : _____

Dirección: _____

Teléfono móvil del padre/madre/tutor: _____ Teléfono de negocios: _____

Yo, _____ (padre/tutor) otorgo permiso para que mi hijo/a, mencionado/a anteriormente, participe en este evento que puede requerir transporte a un lugar lejos de un sitio de la iglesia. Esta actividad se llevará a cabo bajo la guía y dirección de voluntarios y/o empleados de la Diócesis Católica de Brownsville. Como padre y/o tutor legal, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por el nombrado arriba ("participante").

SOBRE EL EVENTO:

Evento/Actividad: _____

Tipo de trabajo que se espera realizar: _____

Fecha(s): _____

Ubicación: _____ Costo (si corresponde): _____

Yo acepto en nombre mío, de mi hijo/a nombrado aquí, o de nuestros herederos, sucesores y cesionarios, eximir de responsabilidad y defender a la Diócesis de Brownsville, los obispos, sus funcionarios, directores, empleados, y agentes, y los chaperones, voluntarios o representantes y entidades relacionadas asociadas con el evento, de cualquier reclamo de responsabilidad, pérdida o daño derivados de o en relación con la asistencia de mi hijo/a al evento, o en en relación con cualquier lesión, accidente, enfermedad o muerte que ocurra durante o debido a la participación en esta actividad, o cualquier costo de tratamiento médico relacionado con la misma. Además, acepto compensar a la Diócesis de Brownsville, los obispos, sus funcionarios, directores, empleados y agentes, y los chaperones, voluntarios o representantes y entidades relacionadas asociadas con el evento por motivos razonables los honorarios y gastos de abogados en que incurran en cualquier acción judicial que se inicie contra ellos como resultado de tal lesión o daño, a menos que tal reclamo surja de la negligencia de la diócesis.

Firma (padre/tutor): _____ Fecha: _____

ASUNTOS MÉDICOS: Por la presente garantizo que, según mi leal saber y entender, mi hijo/a goza de buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo/a. (De las siguientes declaraciones relacionadas a asuntos médicos, padre/tutor, por favor firme solo las que correspondan).

Medicamentos:

1. Si mi hijo/a está tomando medicamentos en este momento, mi hijo/a traerá todos los medicamentos necesarios y dichos medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas para asegurarse de que el niño tome dichos medicamentos, incluida la dosis y la frecuencia de la dosis, son los siguientes:

Firma: _____

2. No se puede administrar a mi hijo/a ningún tipo de medicamento, ya sea recetado o sin receta, a menos que la situación sea potencialmente mortal y se requiera tratamiento de emergencia.

Firma: _____

3. Por la presente doy permiso para que se administren a mi hijo medicamentos sin receta (es decir, productos sin aspirina, como paracetamol o ibuprofeno, pastillas para la garganta, jarabe para la tos), si se considera apropiado.

Firma: _____

Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de una emergencia, yo por la presente doy permiso para transportar a mi hijo/a a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser informado antes de cualquier otro tratamiento por parte del hospital o médico. En caso de una emergencia, si no puede comunicarse conmigo a los números anteriores, comuníquese con:

Nombre y relación: _____

Teléfono : _____

Médico de familia: _____

Teléfono: _____

Proveedor del plan de salud familiar: _____

N.º de póliza: _____

Otro Tratamiento Médico: En el caso de se avise a la parroquia, sus funcionarios, directores y agentes, y la Diócesis de Brownsville, chaperones o personal voluntario asociado con la actividad, que mi hijo/a presenta síntomas tales como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llamen tan pronto como sea razonablemente posible .

Firma: _____

Información Médica Específica: Los coordinadores del evento se asegurarán de que la siguiente información se mantenga confidencial.

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.): _____

Vacunas: _____ Fecha de la última vacuna contra el tétanos/difteria: _____

¿Tiene el niño/a una dieta prescrita médicamente? _____

¿Alguna limitación física? _____

¿Está el niño/a sujeto a nostalgia crónica, reacciones emocionales a situaciones nuevas, sonambulismo, enuresis nocturna, desmayos?

¿El niño/a ha estado expuesto recientemente a enfermedades o condiciones contagiosas, como paperas, sarampión, varicela, etc.? Si es así, indique la fecha y la enfermedad o condición:

Debe tener en cuenta estas condiciones médicas especiales de mi hijo/a:

Firma (padre/tutor): _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE FOTOGRAFÍA Y AUDIO/VIDEO:

Al participar en este evento/actividad, se le informa que la fotografía, la grabación de audio, la grabación de video y su lanzamiento, publicación, exhibición o reproducción pueden usarse para noticias, transmisiones web, fines promocionales, transmisiones por televisión, publicidad, inclusión en sitios web, redes sociales o cualquier otro propósito por parte de la Diócesis de Brownsville y sus afiliados y representantes.

Se pueden usar imágenes, fotos y/o videos para promover actividades similares de la Diócesis de Brownsville en el futuro, resaltar la actividad y exhibir las capacidades/servicios de la Diócesis de Brownsville. Usted libera a la Diócesis de Brownsville, a los obispos, a sus funcionarios y empleados, y a todas y cada una de las personas involucradas de cualquier responsabilidad relacionada con la toma, grabación, digitalización o publicación y uso de entrevistas, fotografías, imágenes de computadora, y grabaciones de audio/video.

Además, al ingresar a dichos espacios, físicos o virtuales, renuncia a todos los derechos que pueda tener sobre cualquier reclamo de pago o regalías en relación con cualquier uso, exhibición, transmisión, transmisión web, transmisión por televisión u otra publicación de estos materiales, independientemente del propósito o patrocinio de dicho uso, exhibición, transmisión, transmisión web u otra publicación, independientemente de si se cobra una tarifa de admisión o patrocinio. También renuncia a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar cualquier foto, video o grabación de audio tomada por la Diócesis de Brownsville o la persona o entidad designada para hacerlo por la Diócesis de Brownsville.

Se requiere el consentimiento por escrito del niño/a y de al menos uno de los padres/tutores. Los nombres no se publicarán a menos que el niño/a y el padre/tutor den una autorización por escrito, y entonces solo se usarán los nombres de pila. Si tiene inquietudes acerca de las imágenes o los videos publicados en el sitio web, comuníquese con el coordinador de la actividad o el administrador del sitio web y se eliminarán de inmediato.

Yo/nosotros, los padres/tutores de este menor (nombre) _____, autorizamos y damos pleno consentimiento, sin limitación ni reserva, a la Diócesis de Brownsville y las entidades relacionadas que coordinan este evento para publicar cualquier fotografía o audio/ video en el que aparece el menor antes mencionado mientras participa en cualquier programa asociado con este evento y actividades relacionadas. No habrá compensación por el uso de cualquier fotografía o video al momento de la publicación o en el futuro.

Al firmar, usted acepta que ha sido plenamente informado de su consentimiento y renuncia a la responsabilidad. Esta liberación seguirá siendo válida hasta que sea revocada por escrito, sin efecto retroactivo.

Firma del menor: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____