

**Diócesis de Fresno y Entidades de la Diócesis de Fresno: Permiso para que un Menor Participe en Actividades, Liberación de Responsabilidad, y Consentimiento para Tratamiento Médico de Emergencia.**

NOMBRE DE LA PARROQUIA O ESCUELA	NOMBRE DEL GRUPO
-------------------------------------	---------------------

Padre/Tutor: Para que su hijo asista y/o participe en eventos, actividades, o deportes durante este año, usted debe otorgar su permiso firmado al completar esta forma ANUAL. Además de esta forma también se le pedirá que firme el permiso PR21 Formas del Evento para que su hijo participe en eventos, actividades y deportes específicos patrocinados por la Diócesis de Fresno, actividades y deportes realizados fuera de los terrenos de la Parroquia.

Yo, Padre/Tutor legal suscrito, voluntariamente deseo dar mi permiso y solicito que mi hijo sea aceptado a asistir y participar en los eventos y actividades patrocinados por la Diócesis de Fresno durante este año incluyendo aquellos realizados fuera de los terrenos de la Parroquia. Mi hijo está en buena condición física y apto para participar en los eventos y actividades de la Diócesis de Fresno. Le he informado a mi hijo que coopere de acuerdo con las reglas y lineamiento, e instrucciones dadas por el personal o agentes de la Diócesis de Fresno, chaperones o responsables de los eventos y actividades para la Diócesis de Fresno. Si se solicita, firmaré una forma de permiso y de liberación de responsabilidad PR20 para cada evento o actividad realizada fuera de los terrenos de la Diócesis de Fresno. Yo reservo el derecho de no permitir a mi hijo participar en los eventos patrocinados por la Diócesis de Fresno al notificar al líder por escrito.

Yo entiendo que la participación en esta actividad involucra algún riesgo (incluyendo cualquier viaje de ida y vuelta para esta actividad) y que eventos imprevistos pueden surgir. Estoy informado y de acuerdo que la transportación, de ser necesaria, puede ser proporcionada por voluntarios, padres, individuos particulares o por operadores comerciales quienes se consideran fiables y están asegurados pero no están bajo la supervisión o control de la Diócesis de Fresno.

A cambio de permitir a mi hijo participar en esta actividad voluntaria, cedo y renuncio a todo reclamo (y al derecho de presentar una demanda legal) la cual yo o mi hijo (y nuestros sucesores, propios y asignados) puedan tener en contra de la Diócesis de Fresno. Libero y descargo a la Diócesis de Fresno de toda responsabilidad de muerte, enfermedad, lastimaduras, daños personales o daño a la propiedad surgido de esta actividad y a cualquier transportación involucrada en esta actividad.

**En caso de emergencia** y si la Diócesis de Fresno no es capaz de comunicarse conmigo, autorizo al personal de la Diócesis de Fresno u otro líder adulto de la parroquia patrocinando el evento o actividad, con cargo a mi propio costo, para asegurar y dar consentimiento a exámenes de rayos-x, médico, dental, diagnóstico quirúrgico, tratamiento, y cuidado hospitalario recomendado y supervisado por un médico, cirujano o dentista debidamente licenciado. Espero ser contactado lo antes posible. Estoy de acuerdo que si servicios dentales o médicos de emergencia son necesarios para mi hijo, la Diócesis de Fresno NO será responsable de pagar por cualquier gasto médico o dental. Una copia o imagen digital de esta forma será válida como original y puede ser proporcionada al líder adulto de la parroquia patrocinando las actividades.

Este permiso, renuncia, liberación, y consentimiento aplica a la nombrada Diócesis de Fresno, incluyendo pero no limitada a la Diócesis de Fresno Corporación Educativa, al Obispo Católico Romano de Fresno (Corporación Individual), La Diócesis de Fresno, otras Parroquias y Escuelas Diocesanas de Fresno, organizaciones afiliadas y sus directivos, clero, agentes y empleados.

Esta forma de renuncia y liberación esta firmada para que mi hijo participe en eventos y actividades patrocinados por la Diócesis de Fresno para el beneficio y gozo personal de mi hijo y es hecho tan libremente con el conocimiento del riesgo y peligro que son o pueden estar involucrados.

Yo autorizo a cualquier hospital que haya provisto tratamiento al participante nombrado de conformidad con las provisiones del Código Familiar sección 6910 a entregar la custodia física de dicho menor a los representantes de la Diócesis de Fresno al terminar el tratamiento. Esta autorización es otorgada de conformidad al Código de Salud y Seguridad sección 1283.

Yo, el suscrito, he leído este comunicado y entiendo todos sus términos. Solicito que mi hijo sea admitido para participar en los eventos y actividades patrocinados por la Diócesis de Fresno. Yo cumple con esta forma voluntariamente, y con el completo conocimiento de su significado. He discutido lo anterior con mi hijo, y mi hijo está consciente de y comprende la importancia de seguir todas las reglas establecidas para estos eventos, actividades y deportes. Una copia o imagen digital de esta forma será tan válida como la autorización original y puede ser proporcionada al líder adulto de los eventos, actividades, y deportes.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	FECHA
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL	FIRMA DEL PADRE / TUTOR LEGAL

CONTINUE AL REVERSO Y COMPLETE AMBOS LADOS DE LA FORMA

**Diócesis de Fresno y Entidades de la Diócesis de Fresno: Permiso para que un Menor Participe en Actividades, Liberación de Responsabilidad, y Consentimiento para Tratamiento Médico de Emergencia.**

La siguiente información es proporcionada para beneficio de la Parroquia en caso de emergencia.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE	FECHA DE NACIMIENTO		
NOMBRE DEL PADRE / TUTOR LEGAL	NUMERO DE TELEFONO CELULAR / LOCALIZADOR (PAGER)		
TELEFONO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO	TELEFONO	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO
CONTACTO DE EMERGENCIA (OTRO QUE NO SEA EL PADRE/TUTOR)	PARENTESCO		
CONTACTO DE EMERGENCIA TELEFONO DURANTE EL DIA	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO	CONTACTO DE EMERGENCIA TELEFONO EN LAS TARDES	<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO
ALERGIAS (COMIDA, MEDICINAS, INSECTOS, ETC.)			
MEDICAMENTOS (NOMBRE, DOSIS, TRATAMIENTO)			
<b>SI ALGUN MEDICAMENTO ESTA ENLISTADO: LA FORMA R18/FORMA R19 DEBEN SER COMPLETADAS Y AGREGADAS.</b>			
OTRA INFORMACION			

<b>INFORMACION DEL DOCTOR/GRUPO MEDICO</b>	<b>INFORMACION DEL SEGURO</b>
MEDICO FAMILIAR O GRUPO MEDICO	COMPANIA DE SEGURO
NUMERO DE TELEFONO DEL DOCTOR	NOMBRE DEL TITULAR DE LA POLIZA
<input type="checkbox"/> No Médico Familiar Enlistado	GRUPO DE SEGUROS O NUMERO DE IDENTIFICACION
NOMBRE DEL DENTISTA O GRUPO MEDICO	<input type="checkbox"/> No aseguradora enlistada.
NOMBRE DEL DENTISTA TELEFONO	FECHA DE RECIBIDO Y NOMBRE DE QUIEN RECIBIO
NOMBRE DEL ORTODONCISTA O GRUPO MEDICO	
NOMBRE DEL ORTODONCISTA Y TELEFONO	