

Firma y sello
de notario
requerido

Diócesis Católica de El Paso y/o Parroquia de _____
Padre/guardián/conservador permiso y liberación de responsabilidad, información medica

Nombre del joven: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino

Nombre del padre/guardián/conservador: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono Celular: (_____) _____ Teléfono de casa: (_____) _____

Información de Liberación de responsabilidad e indemnización

Yo, _____ doy permiso para que mi hijo/hija, _____

Nombre de Padre/ Guardián/Conservador

Nombre del Participante

a participe en el evento parroquial descrito abajo. Esta actividad se llevara a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados parroquiales y/o voluntario de la parroquia nombrada arriba. Lo siguiente es una descripción breve de la actividad:

Descripción del Evento: _____

Fecha del evento: _____

Lugar del evento: _____

Modo de transportación para llegar y regresar del evento: _____

Transportación para llegar / regresar al evento es responsabilidad del participante

Persona(s) encargada(s): _____ y _____

Aproximación hora de salida y de regreso: _____

Durante este evento, yo doy permiso para que cualquiera de las personas nombradas como encargadas del evento autorice tratamiento médico o quirúrgico de emergencia para _____ (nombre del menor)

Yo entiendo de que como padre/guardián/conservador legal, soy responsable por cualquier acción personal tomada por mi hijo(a) nombrada(o) arriba.

Por mi parte y por parte de mi hijo(a) aquí nombrado, nuestros herederos, y sucesores y apoderados acepto no hacer responsable a la Diócesis de El Paso, el Obispo y su sucesores, empleados, agentes, voluntarios, la parroquia, sus empleados y voluntarios de cualquier y todo reclamo por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico relacionados con la participación de mi hijo(a) en los diversos programas y actividades durante las fechas nombradas arriba (a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la parroquia y/o la diócesis).

En el evento en que se lleve a cabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de los acuerdos, se está de acuerdo de que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todo costo de corte razonable, cuota razonable del abogado y otros gastos incurridos por la parte ganadora.

→ **Firma de padre/guardián/conservador** _____ **Fecha** _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Celular (_____) _____

Relación a mi hijo(a): _____

Teléfono celular: (_____) _____ ¿Usa mensajes de texto: Si No

Teléfono de casa:(_____) _____ Teléfono de trabajo:(_____) _____

Información Médica

¿Está asegurado el participante? Si No Si lo está, favor de llenar la información que se pide abajo, tal como aparece en la tarjeta de seguro DEL PARTICIPANTE:

Nombre de asegurado (que nombre está en la póliza de seguro) _____
 Nombre de la compañía de seguro: _____
 Número de Póliza _____ Número de identificación de seguro: _____
 Dirección a donde enviar reclamaciones, incluya el código postal _____
 Número de teléfono de servicio al cliente: _____

Liberación Promocional

Yo doy mi consentimiento (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse de recibo al: Centro San Juan Diego, 901 W. Main Dr., El Paso, TX 79902. ATTN: directora de la Oficina de Formación Religiosa) para el uso de cualquier video, fotografías, audio tape, o cualquier otra reproducción visual o auditiva por la Diócesis de El Paso en las que mi hijo/hija pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales se usan para la promoción de la Pastoral con adolescentes de la Diócesis de El Paso y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

→ **Firma de padre/guardián/conservador** _____ **Fecha** _____

Comunicado Social

La diócesis de El Paso utiliza la tecnología actual – incluyendo mensajes en *Facebook*, *correo electrónico* y otras redes sociales – de una manera positiva para acercarse a la juventud de la Diócesis. Toda comunicación enviada a los adolescentes, por cualquier persona que represente a la Diócesis, a través de las redes sociales, está disponible para el padre que la solicite. Sin embargo, la diócesis no puede garantizar que fotografías, videos, u otras comunicaciones de su hijo/hija provenientes de otros programas diocesanos o parroquiales aparezcan en alguno de estos sitios de comunicación social.

→ **Firma de padre/guardián/conservador** _____ **Fecha** _____

Medicamentos recetados: Marque el cuadro 1, 2, o 3 que sean ciertos para el joven – NO MARQUE TODOS LOS CUADROS

1. Mi hijo(a) no toma ningún medicamento y no traerá con él/ella ningún medicamento
2. Mi hijo(a) toma medicamentos y puede administrar el medicamento por sí mismo. Mi hijo/hija traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a mi hijo/hija entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar los medicamentos. Además entiendo de que será la responsabilidad de mi hijo/hija presentarse en el lugar asignado para recibir su medicamento(s) con la frecuencia/horario indicado abajo. Yo entiendo que el adulto al que mi hijo/hija le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Mi hijo/hija regresará el medicamento(s), después que él/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de mi hijo/hija de recoger cualquier medicamento, si queda alguno, en el lugar designado para la administración del medicamento. Nombres de los medicamentos, la dosis exacta, y la frecuencia/tiempo están escritas abajo: (Si necesita más espacio, use otra hoja, fírmela y féchela).
- _____
- _____
3. Mi hijo/hija toma medicamento(s) pero no se los puede administrar. Yo el padre/guardián/conservador del hijo/hija proporcionará y dispensará cualquier y todo medicamento(s).

MEDICAMENTO NO RECETADO: Marque el cuadro A o B, NO MARQUE LOS DOS CUADROS!

- A. Ningún medicamento de cualquier tipo**, sea recetado o no recetado, será administrado a mi hijo/hija a menos que sea una situación de vida o muerte y tratamiento de emergencia sea requerido.
- B. Yo doy permiso** para que los siguientes medicamentos no recetados se le den a mi hijo(a) **(EXCLUYENDO MEDICAMENTOS NOMBRADOS ABAJO QUE PUEDEN CAUSAR UNA REACCION ALERGICA)**.

Medicamento sin aspirina para aliviar el dolor	Sí _____ No _____	# de pastillas por dosis _____.
Descongestionante	Sí _____ No _____	# de pastillas por dosis _____.
Antihistamínico	Sí _____ No _____	# de pastillas por dosis _____.
Pastilla para la garganta	Sí _____ No _____	
Antiácido	Sí _____ No _____	

Especifica Información Médica

Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.)

Otro medicamento que está tomando su hijo/hija

Alguna limitación que tiene mi hijo/hija

Me hijo/hija ha sido expuesto a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, sarampión, viruelas, etc. Si sí, fecha y condición o enfermedad.

También les informo de estas condiciones médicas especiales de mi hijo/hija. *Favor de entregar con esta forma un papel con una clara descripción de estas condiciones especiales.*

EN LO MEJOR DE MI CAPACIDAD, TODO LO DICHO AQUÍ ES VERDADERO Y REFLEJA MIS DESOS

→ Firma del padre/
guardián/conservador: _____ Fecha _____

Testigo, _____ el _____ de _____, de _____
(año)

Firma del Notario: _____ Sello del Notario:
(Requerido para todas actividades fuera del estado)

**(FIRMA Y SEO DE UN NOTARIO PÚBLICO ES NECESARIO
PARA TODO LOS VIAJES FUERA DEL ESTADO DE TEXAS.)**