

# PADRE/GUARDIAN FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO

## Y Revelo DE RESPONSABILIDAD

Oficina de Pastoral Juvenil | Diócesis de Jefferson City

Nombre de joven participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Masculino Femenina (circule uno)

Nombre de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Tele. Celular: \_\_\_\_\_ Tele. de Trabajo: \_\_\_\_\_

Otro número donde padre/guardián puede ser alcanzado durante el evento: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parroquia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

¡Importante! Para ser llenado por el padre/guardián para los jóvenes menores de 18 años de edad y las personas de 18 años o más que están en la escuela secundaria. Las personas mayores de 18 años y todavía en la escuela secundaria también deben completar y presentar un ADULTO DE LIBERACIÓN MÉDICA Y RENUNCIA RESPONSABILIDAD CIVIL también.

Yo, como padre o guardián de mi hijo, por lo presente de acuerdo en permitir que mi hijo participe en el evento / actividad:

**Evento y Locación:** \_\_\_\_\_

**Fecha y Tiempo:** \_\_\_\_\_

**Método de Transporte:** \_\_\_\_\_

Reconozco de la hoja informativa adjunta que describe el evento planificado / actividad.

Reconozco que la Diócesis de Jefferson City está proporcionando el transporte hacia y desde el evento / actividad. Reconozco y asumo el riesgo de este transporte para mi hijo. Mi hijo tiene que cumplir con las reglas y procedimientos de la parroquia. En consideración de la parroquia permitir que mi hijo participe en el evento / actividad, también renuncio a cualquier reclamación contra, y liberar y mantener indemne e indemnizar, la Diócesis de Jefferson City, y cualquiera de sus religiosos, empleados, voluntarios, agentes y representantes de cualquier responsabilidad, reclamos, demandas y causas de acción y las reclamaciones derivadas de o relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión sufrida en conexión con o como resultado de la participación de mi hijo en el evento / actividad, incluyendo el transporte de mi hijo hacia y desde el evento / actividad.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Joven Participante:** Con la firma de la línea de abajo estoy de acuerdo en acatar cualquier / todas las políticas establecidas para este evento / actividad. Acaso no debo ser capaz de mantener las directrices y las expectativas de los adultos y mis compañeros, entiendo que habrá consecuencias de mis acciones, incluyendo el ser retirado del evento y enviado a casa a expensas de mi padre / guardián.

\_\_\_\_\_  
Firma de Joven

\_\_\_\_\_  
Fecha

### VIDEO/FOTOGRAFIA CONSENTIMIENTO

Los padres / guardias de los participantes se les aconseja que las fotografías o video de los participantes pueden ser utilizados en publicaciones, sitios web u otros materiales producidos a partir de vez en cuando por la Oficina del Ministerio de jóvenes y jóvenes adultos y / o la Diócesis de Jefferson City. (No se identificarían los participantes, sin embargo, sin el consentimiento por escrito específico.) Tenga en cuenta que la parroquia no tiene control sobre el uso de fotografías o películas tomadas por los medios de comunicación que pueden estar cubriendo el evento en el que su hijo (s) participe (s) .

Por la presente cedo expresamente a la Diócesis de Jefferson City, ya todos sus agentes de todos los derechos, títulos e intereses, y a todas las fotos de grabaciones / cintas de vídeo realizadas por tales en la que aparece mi hijo y / o su / su voz se utiliza en y en relación con la grabación en vídeo de este evento. Por la presente autorizo la reproducción, venta, arrendamiento, derechos de autor, exhibición, difusión y / o cualquier distribución de dichas fotografías / video sin limitación para cualquier propósito; y además renuncia a todo derecho a compensación alguna por la apariencia o la participación de mi hijo en las fotografías / grabaciones de video.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

(CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE - POR FAVOR COMPLETE AMBAS PÁGINAS DE ESTE FORMULARIO)

# Diócesis de Jefferson City

## OFFICINA DE PASTORAL JUVENIL

PADRE/GUARDRIA FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO, RENUNCIA RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO MÉDICA

### Favor de imprimir de forma legible

#### Asuntos médicos

Por la presente garantizo a lo mejor de mi conocimiento, mi hijo está en buen estado de salud, y asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo.

#### Tratamiento médico de emergencia

En caso de una emergencia, doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital / clínica para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. **Entiendo y acepto que soy responsable del pago total de cualquier atención médica o servicios asociados que se brinden a mi hijo.** Para ayudar con la posible coordinación de la atención, la información del médico de mi hijo se proporciona a continuación:

Médico de familia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

#### Medicaciones

\_\_\_\_\_ Por la presente **Otorgo Permiso** para que mi hijo reciba los siguientes medicamentos provistos. Mi hijo traerá todos esos medicamentos, bien etiquetados. [NOTA: Todos los medicamentos recetados deben estar en el envase original de la farmacia con el nombre de la persona joven en la etiqueta de la receta. Los medicamentos sin receta / de venta libre deben estar en el envase original con el nombre de la persona joven en el envase.] *(Por favor inicial)*

Los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas para ver si el niño toma tales medicamentos, incluyendo la dosis y la frecuencia, son los siguientes:

Medicación: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Administrar: \_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Administrar: \_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Administrar: \_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Administrar: \_\_\_\_\_

Medicación: \_\_\_\_\_ Dosificación: \_\_\_\_\_ Administrar: \_\_\_\_\_

**Información sobre las condiciones médicas:** (El personal diocesano tomará las medidas razonables para asegurarse de que la siguiente información se mantenga confidencial.) **Mi hijo:**

- Es alérgico a los siguientes medicamentos \_\_\_\_\_
- Ha tenido un episodio de lo siguiente o han sido diagnosticados con:  Convulsiones  Asma  Diabitis
- Ha tenido reacciones alérgicas a los siguientes (alimentos, tintes, látex, etc.) \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido una cirugía médica en los últimos seis meses?  Si  No      Todavía bajo cuidado médico?  Si  No
- Tiene una dieta prescrita médicamente (por favor explique) \_\_\_\_\_
- Tiene las siguientes limitaciones físicas \_\_\_\_\_
- ¿Vacunas corrientes y actualizadas?  Si  No      Fecha de la última vacunación contra el tétanos / difteria \_\_\_\_\_
- También debe saber de estas condiciones médicas especiales: \_\_\_\_\_

Entiendo completamente las declaraciones anteriores y firmo este Formulario de consentimiento parental / guardia, Renuncia de responsabilidad y consentimiento médico a sabiendas, libremente y de buen grado.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / guardia (debe firmar para cualquier participante menor de 18 años y /  
o mayor de 18 años y en la escuela secundaria)

\_\_\_\_\_  
Fecha