

FORMA – Pastoral con Adolescentes – Liberación de responsabilidad por parte de los padres, sus permiso e información medica anual**Diócesis Católica de Fort Worth y/o Iglesia Católica de San Judas***Pastoral con Adolescentes – Liberación de responsabilidad por parte de los padres, sus permiso e información medica anual*

Nombre del Joven Participante: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenile

Nombre del Padre/Guardián: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: Texas Código Postal: _____Teléfono Celular: _____ Mensaje de texto: Si No Email: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____

Relación al Joven: Hijo Hija Otra: _____Teléfono Principal: _____ ¿Mensajes de texto? Si No**INFORMACION DEL SEGURO**¿Está asegurado el participante? Sí No

Si lo está, favor de llenar la información que se pide abajo, tal como aparece en la tarjeta de segura del participante

Nombre en la póliza de seguro (a nombre de quien esta): _____

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Numero de Póliza: _____ Número de Identificación de Seguro: _____

Dirección para enviar reclamaciones, incluya el código postal: _____

Número de teléfono de servicio al cliente _____

MEDICAMENTOS [Marque todas las que apliquen] Este niño(a) no toma ningún medicamento y no traerá con él/ella ningún medicamento. Este niño(a) toma medicamentos y puede administrar el medicamento por sí mismo. Mi hijo(a) traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a mi hijo(a) entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar los medicamentos. Además, entiendo de que será la responsabilidad de mi hijo(a) 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(a) le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Mi hijo(a) regresará el medicamento(s), después que él/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de mi hijo(a) 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, firmela y fichela). Este niño(a) toma medicamento(s) pero no se los puede administrar. El padre/guardián/conservador del hijo/hija proporcionará y dispensará cualquier y todo medicamento(s).**PERMISO PARA MEDICAMENTOS NO RECETADOS (Por favor marque UNO de los dos cuadros)** 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.

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 reacción alérgica).

Medicamento de alivio para el dolor sin Aspirina: Sí No # de pastillas por dosis _____

Pastilla para la garganta: Sí No Descongestionante Sí No # de pastillas por dosis _____

Antiácido: Sí No Antihistamínico Sí No # de pastillas por dosis _____

ESPECIFICA INFORMACION MEDICA

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

Vacunas: fecha de la última vacuna de tétanos/difteria _____

Otro medicamento que está tomando su hijo/hija _____

Alguna limitación que tiene su hijo/hija _____

¿Ha sido expuesto su hijo/hija 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. _____

Información de Liberación de Responsabilidad e Indemnización:

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

Nombre de Padre/ Guardián/ Conservador

Nombre del Participante

participe en los programas y actividades de la Pastoral con Adolescentes de la Parroquia de **Iglesia Católica de San Judas** empezando el **1er día de junio, 2018 y continuando hasta el 31 de mayo, 2019**. Estos programas y actividades se llevarán a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados y/o voluntarios de la parroquia de **Iglesia Católica de San Judas** y/o la Diócesis de Fort Worth. Esta forma de indemnidad se pondrá en el archivo y acompañará a su hijo(a) a cualquier y a todo programa de actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o Parroquia de forma de Consentimiento de Participar/Consentimiento para tratamiento de emergencia (forma B) debe ser entregada junto con esta forma para cada programa y/o actividad. 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 Fort Worth y/o a la Parroquia de Iglesia Católica de San Judas y sus empleados y/o voluntarios de cualquier y todo reclamo por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento medico 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 Diócesis y/o la parroquia).

En el evento en que se lleve acabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de los acuerdos, se esta 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.

Liberación Promocional

Yo también doy mi consentimiento (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse de recibo al: The Catholic Center, 800 West Loop 820 South, Fort Worth, TX 76108, ATTN: Director de la Pastoral con Adolescentes y Catequesis) para el uso de cualquier video, fotografías, audio tape, o cualquier otra reproducción visual o auditiva por la Diócesis de Fort Worth 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 Fort Worth y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

Liberación sobre el uso de las redes de comunicación social

La Diócesis de Fort Worth utiliza la tecnología actual – incluyendo mensajes en Facebook y otras redes sociales – de una manera positiva para acercarse a la juventud de la Diócesis. Podemos eliminar cualquier contenido que consideremos impropio. Toda comunicación enviada a los adolescentes a través de las redes sociales, por cualquier persona que represente a la Diócesis, está disponible para cualquier padre que la solicite. Si usted no permite a su hijo/hija “textear” (enviar mensajes de texto), entrar a Facebook ni utilizar cualquier otro medio de comunicación social, no será posible que usen estos medios para participar en ciertas actividades de la Pastoral con adolescentes. Sin embargo, la Diócesis no puede garantizar que fotografías, videos u otras comunicaciones de su hijo/hija proveniente de otros programas diocesanos o parroquiales aparezcan en alguno de estos sitios de comunicación social.

Entiendo perfectamente que todo lo que he declarado aquí es verdad y manifiesta exactamente mis deseos.

Firma del Padre/Guardián/Conservador: _____ Fecha: _____