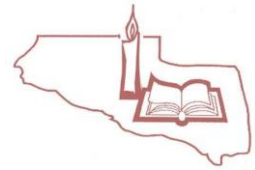




**DIOCESE OF BROWNSVILLE  
OFFICE OF CATECHESIS**



Iglesia del Sagrado Corazon – McAllen

PARROQUIA \_\_\_\_\_

**FORMA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO  
MÉDICO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD ANUAL**

Fecha \_\_\_\_\_

**Información Personal**

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Guardián Legal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Otro Teléfono \_\_\_\_\_

**Información Médica**

Doctor Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_

Numero de póliza \_\_\_\_\_ Numero del Grupo \_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Tiene su niño(a) alguna condición médica especial o problema cardíaco?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Se ha roto su niño(a) un hueso en los últimos seis (6) meses?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Ha tenido su niño(a) alguna cirugía en los últimos seis (6) meses?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Esta tomando su niño(a) algún medicamento que podría impedir o reducir la actividad física?

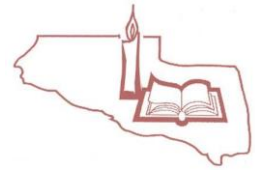
\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Tiene su niño(a) reacción alérgica a picaduras de abejas o insectos?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Sufre su niño(a) de asma u otros problemas de respiración?

Si usted contesto “sí” a cualquier de las preguntas mencionadas, es la responsabilidad del padre/guardián verificar con el personal y(o) los voluntarios para asegurar que su niño(a) no estará en peligro por alguna limitación o condición física.



**DIOCESE OF BROWNSVILLE  
OFFICE OF CATECHESIS**



**PARROQUIA** Iglesia del Sagrado Corazon – McAllen

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

#1: Nombre \_\_\_\_\_

Relación a su hijo(a) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

#2: Nombre \_\_\_\_\_

Relación a su hijo(a) \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Medicamento que está tomando su hijo(a) \_\_\_\_\_

Reacciones alérgicas (medicamentos o comidas) \_\_\_\_\_

Alguna limitación que tiene su hijo(a) \_\_\_\_\_

**Yo,** \_\_\_\_\_, **doy mi consentimiento** para que mi hijo(a) aquí nombrado participe en los programas y actividades físicas de la parroquia durante este año del programa. **Yo doy permiso** a los empleados y(o) las personas responsables que obtengan tratamiento de emergencia médica si es necesario. **Por mi parte y por parte de mi hijo(a), nuestros herederos, y sucesores y apoderados acepto** no hacer responsable a la parroquia, la Diócesis de Brownsville, el Obispo y sus sucesores, empleados, directores, agentes, catequistas y voluntarios de cualquier y todo reclamo legal por enfermedades, heridas y(o) muerte relacionados con la participación de mi hijo(a) en los diversos programas y actividades durante el año del programa. **Además acepto**, compensar la parroquia, la Diócesis de Brownsville, los directores, empleados, y(o) agentes asociados con los programas y actividades físicas por honorarios razonables de abogado y gastos que podrán ser incurridos por cualquier acción por culpa de heridas o danos [a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la parroquia y/o la Diócesis]. **Afirmo** que la información dada es cierta y correcta.

Firma del Padre/Guardián Legal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_