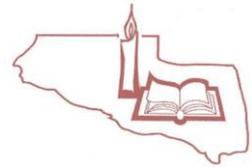




**DIOCESE OF BROWNSVILLE
OFFICE OF CATECHESIS**



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?

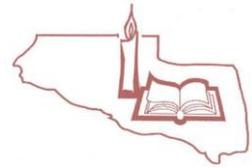
___ Sí ___ No ¿Tiene su niño(a) reacción alérgica a picaduras de abejas o insectos?

___ 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 _____