

Arquidiócesis de Dubuque
2019/20 Hoja Anual de Autorización de Padre/Tutor y Renuncia a Reclamaciones
Fecha firmada es válida hasta 8/31/20

Esta forma de Autorización y Renuncia a Reclamaciones es requerida y sirve ambos para los programas/excursiones/eventos dentro y fuera de la escuela o parroquia por el año anotado. Esta forma debe ser completada anualmente para cada estudiante/participante. Para obtener el permiso necesario, usted debe submitir la información necesaria sobre la persona de contacto e información médica en caso de emergencia. Tan pronto como los detalles de cada evento/excursión sean obtenidos, será requerido que usted complete una *forma de permiso para excursiones fuera de la escuela o parroquia* que incluirá los detalles del evento. Favor de completar todas las secciones.

Sección 1 – Información de contacto

Nombre del estudiante/participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ **F** _____ **M**

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección de Domicilio: _____

Teléfono de casa o celular: _____

Teléfono del trabajo o celular: _____

Sección 2 – Autorización y Renuncia a Reclamaciones para excursiones fuera de la escuela o parroquia

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

Nombre del Padre o Tutor

_____, participe en cualquier evento de la

Nombre del Menor

escuela/parroquia este año que requiere transportación a un lugar fuera de la escuela/parroquia. Las actividades tendrán lugar bajo la supervisión y administración de empleados de la escuela/parroquia y/o voluntarios de _____.

Nombre de la Escuela/Parroquia

Yo, como padre y/o tutor legal, permanezco legalmente responsable por cualquier acción personal tomada por el menor aquí mencionado (“Participante”).

Yo consiento, yo mismo y a nombre de mi hijo/a aquí mencionado y nuestros herederos, sucesores, y cesionarios, en eximir de toda responsabilidad y defender a

_____ a sus oficiales, directores, y agentes, y a la

Nombre de la Escuela/Parroquia

Arquidiócesis de Dubuque, chaperones o representantes asociados con los eventos, que puedan surgir de o que estuviesen conectados con el viaje de mi hijo/a o su asistencia a los eventos o que estuviesen conectados con cualquier enfermedad o lesión o costos de tratamiento médico conectados con el mismo, y acepto compensar a la parroquia, sus oficiales, directores, y agentes, y a la Arquidiócesis de Dubuque, chaperones, o representantes asociados con los eventos y gastos razonables de abogado que puedan surgir con respecto a cualquier acción que yo/nosotros decida presentar contra ellos como consecuencia de la lesión o daño, a menos que tal reclamo resulte de la negligencia de la escuela/parroquia o la Arquidiócesis de Dubuque.

Firma: _____ Fecha: _____

Sección 3 - Asuntos Médicos Específicos: Por la presente yo garantizo que según mi leal saber y entender, mi hijo/a está en buena salud, y yo asumo responsabilidad por la salud de mi hijo/a.

Parte A - Tratamiento Médico de Emergencia. En caso de emergencia, yo por la presente doy mi permiso para que mi hijo/a sea transportado a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de

emergencia. Yo deseo ser notificado antes de cualquier otro tratamiento por el hospital o el doctor. En caso de emergencia, si no pueden comunicarse conmigo usando los teléfonos apuntados arriba, favor de comunicarse con:

Nombre y relación: _____ Teléfono: _____
Médico de Familia: _____ Teléfono: _____
Compañía de Seguro de Salud de la Familia: _____ # de la Póliza: _____

Parte B - Otros Tratamientos Médicos: En caso de que llegue a ser evidente a la parroquia/escuela, sus oficiales, directores, y agentes, y a la Arquidiócesis de Dubuque, chaperones o representantes asociados con las actividades que mi hijo/a se enferme con síntomas como dolor de cabeza, vómitos, garganta adolorida, fiebre, o diarrea, quiero ser notificado. _____ Sí _____ No.

Si es sí, Favor de llamar: _____

Permiso para Medicamento No-Recetado en la escuela/parroquia – Por la presente doy permiso para que ciertos medicamentos no recetados (como Ibuprofen, Tylenol, pastillas para la garganta) puedan ser administrados a mi hijo/a en el evento de que sea una situación necesaria y que haya sucedido después de que mi hijo/a esté atendiendo en el lugar del evento. _____ Sí _____ No.

Parte C - Información Médica Específica: La parroquia/escuela tomará precauciones razonables para asegurar que la siguiente información se mantenga confidencial. Marque/explice todo lo que es aplicable o perteneciente al estudiante/participante.

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.): _____

Usa algún medicamento recetado para el asma o para ayudar al sistema respiratorio (vea artículo 9.3 abajo)

Tiene su hijo/a una dieta recetada por razones médicas? _____

Alguna limitación física? _____

Usted debe saber de las siguientes condiciones médicas especiales de mi hijo/a: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Esta forma reemplaza todas las versiones anteriores desde la fecha firmada.

Administración de Medicamentos – Póliza 5141, de la Junta de Escuelas Católicas de la Arquidiócesis de Dubuque, puntos 9-10 (solamente para programas escolares).

9. Dispensación de medicamentos recetados

1. Para escuelas católicas – Dispensación de medicamentos recetados será administrada por una enfermera o partido designado con entrenamiento y con permiso escrito de los padres/tutores. Medicamentos recetados deben ser entregados a la escuela en su contenido original con la información del doctor, nombre del medicamento, dosis y frecuencia de administración. Un informe de cada dosis administrada será documentado en el archivo escolar de salud del púpilo.
2. Estudiantes/participantes utilizando medicamentos para el asma o para asistencia al sistema respiratorio podrán administrarse su propia dosis si sus padres/tutores han completado anteriormente un permiso de consentimiento y está bajo archivo en la oficina en la escuela/parroquia. Estas formas deben ser completadas y archivadas anualmente.
3. Contraceptivos no serán dispensados. Iowa Código §280.16

10. Dispensación de medicamentos no-recetados puede ocurrir, si los padres/tutores han firmado y con fecha una autorización identificando el medicamento, la dosis, y la frecuencia de administración. Medicamentos no-recetados pueden ser distribuidos, si es necesario, en las excursiones fuera de la escuela/parroquia si los padres/tutores firman una autorización para cada excursión fuera de la escuela/parroquia.

Comunicado de prensa

Entiendo que al firmar este comunicado de prensa, otorgo autorización a las iglesias de Sta. María y St. Henry (St. Francis despues del 1 de julio de 2019) para el uso de cualquier video o fotografías en las que aparezca mi hijo. Entiendo que esto incluye tanto imprimir como formas digitales de uso. También por este medio libero a las iglesias de Sta. María y St. Henry de cualquier reclamo que pueda ser hecho por mí basado en el uso de este material.

Firma: _____ Fecha: _____