

Diócesis Católica de Fort Worth y/o Parroquia de _____ [PARROQUIA]

Pastoral con Adolescentes - Padre/guardián/conservador permiso, liberación de responsabilidad e información médica anual

Nombre del joven participante: _____ JOVEN PARTICIPANTE]

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: Masculino Femenino

Nombre del padre/guardián: _____ [PADRE/GUARDIÁN]

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ ZP: _____

Teléfono celular padre/guardián: _____ Mensajes de texto: Sí No Email: _____

Contacto de emergencia – Nombre (distinto del padre/guardián): _____

Parentesco/relación con el JOVEN PARTICIPANTE _____

Teléfono principal: _____ Mensajes de texto: Sí No

Información 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 seguro del PARTICIPANTE.

Nombre en la póliza de seguro (a nombre de quién está) _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de póliza: _____ Número de identificación del seguro: _____

Dirección para enviar reclamaciones, incluya el código postal _____

Número de teléfono de servicio al cliente _____

Medicamentos recetados:

NOTA: Por favor marque abajo UNO de los tres cuadros

Este niño(a) no toma ningún medicamento y no traerá con él/ella ningún medicamento.

Este niño(a) toma medicamentos y puede tomarlos por sí mismo. Este niño(a) traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a este niño(a) entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar los medicamentos. Además entiendo que será la responsabilidad de este niño(a) presentarse en el lugar asignado para recibir su medicamento(s) con la frecuencia/horario indicado abajo. Yo entiendo que el adulto al que este niño(a) le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Este niño(a) regresará el medicamento(s), después que él/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de este niño(a) 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, fírmela y féchela).

Este niño(a) toma medicamento(s) pero no se los puede administrar. El padre/guardián/conservador del niño(a) proporcionará y dispensará cualquier y todo medicamento necesario(s).

Permiso para medicamentos no recetados

NOTA: Por favor marque UNO de los dos cuadros

Ningún medicamento de cualquier tipo, sea recetado o no recetado, será administrado este niño(a) 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/hija (**excluyendo los que puedan causar una reacción alérgica**) en la dosis recomendada en el frasco de la medicina.

Medicamento sin aspirina para aliviar el dolor	Sí _____	No _____
Pastilla para la garganta	Sí _____	No _____
Descongestionante	Sí _____	No _____
Antiácido	Sí _____	No _____
Antihistamínico	Sí _____	No _____

Específica información médica

1. Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.)
2. Cualquier limitación física
3. ¿Ha sido expuesto este niño(a) a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, sarampión, viruelas, etc.? Si es así, fecha y enfermedad o condición .
4. Por favor describa cualquier otra condición especial, médica o no, de este niño(a),

Información de Liberación de responsabilidad e indemnización:

*PADRE/GUARDIÁN da permiso para que EL/LA JOVEN PARTICIPANTE participe en los programas y actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o la Parroquia empezando el **primero de junio, 2021 y continuando hasta el 30 de agosto, 2022**. Estos programas y actividades se llevarán a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados y/o voluntarios de la PARROQUIA y/o de la Diócesis de Fort Worth. Este permiso y liberación de responsabilidad se pondrá en el archivo y acompañará a este niño(a) a cualquier y a todo programa de actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o de la PARROQUIA. Por separado, la FORMA B, Consentimiento para participar y Consentimiento para tratamiento médico de emergencia debe ser llenada y entregada junto con esta forma por cada programa y/o actividad.*

Yo entiendo de que como padre/guardián/conservador legal, soy legalmente responsable por cualquier acción personal tomada por el/la participante nombrada(o) arriba.

Por mi parte y por parte del/la JOVEN PARTICIPANTE aquí nombrado, de nuestros herederos y sucesores, y apoderados acepto mantener indemne y liberar a la Diócesis de Fort Worth, al Obispo y sus sucesores, empleados, agentes, voluntarios, la parroquia, sus empleados y voluntarios de cualquier responsabilidad por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico (a menos que sean causados por negligencia de la Diócesis y/o la parroquia) derivados de, o de cualquier manera relacionados con, la participación de mi hijo/hija/participante en los diversos programas y actividades durante las fechas nombradas arriba.

En el evento de que se lleve a cabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de las condiciones de este acuerdo, se está de acuerdo en que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todo costo razonable de corte, honorarios razonables 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 a: The Catholic Center, 800 West Loop 820 South, Fort Worth, TX 76108, ATTN: Director de la Pastoral Juvenil y Catequesis con Adolescentes) para el uso de cualquier video, fotografías, audio tape, diapositivas 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, incluyendo páginas *web* y redes de comunicación social, se usan para la promoción de la Pastoral Juvenil de la Diócesis de Fort Worth y que tal vez incluirá proselitismo 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 provenientes 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** _____

Al marcar este cuadro y teclear su nombre aquí arriba, usted está de acuerdo que ésta es su firma electrónica.

Si usted no desea firmar este documento electrónicamente, por favor imprímalo, fírmelo y mándelo por correo a su parroquia.