

Di3cesis Cat3lica de Fort Worth y/o Parroquia de _____ [PARROQUIA]

Pastoral Juvenil - Padre/guardián/conservador permiso, liberaci3n de responsabilidad e informaci3n m3dica anual

Nombre del joven participante: _____ [JOVEN PARTICIPANTE]

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

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

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **ZIP:** _____

Tel3fono celular padre/madre/guardián: _____ **Mensajes de texto:** S3 No **Email:** _____

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

Parentesco/relaci3n con el JOVEN PARTICIPANTE _____

Tel3fono principal: _____ **Mensajes de texto:** S3 No

Informaci3n del seguro m3dico

¿Está asegurado el participante? S3 No

Si lo está, favor de llenar la informaci3n que se pide más adelante, tal como aparece en la tarjeta de seguro del PARTICIPANTE.

Nombre en la p3liza de seguro (a nombre de qui3n está) _____

Nombre de la compa3ía de seguro m3dico: _____

Número de p3liza: _____ **Número de identificaci3n del seguro:** _____

Direcci3n para enviar una reclamaci3n (incluya el c3digo postal) _____

Número de tel3fono de servicio al cliente _____

Medicamentos recetados:

NOTA: Por favor marque abajo UNO de los tres cuadros

- Este ni3o(a) no toma ning3n medicamento y no traerá con él/ella ning3n medicamento.
- Este ni3o(a) toma medicamentos y puede tomarlos por sí mismo. Este ni3o(a) traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a este ni3o(a) entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar de ellos. Adem3s, entiendo que será la responsabilidad de este ni3o(a) presentarse en el lugar asignado para recibir su medicamento(s) con la frecuencia y horario indicado abajo. Yo entiendo que el adulto al que este ni3o(a) le entregue el medicamento no tiene ning3n entrenamiento m3dico y que este adulto no medirá la dosis. Este ni3o(a) devolverá el medicamento(s) al adulto asignado, una vez que él/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de este ni3o(a) recoger cualquier medicamento, si queda alguno, en el lugar designado para la administraci3n del medicamento. Los nombres de los medicamentos, la dosis exacta y la frecuencia/tiempo están escritas abajo: (Si necesitara más espacio, utilice otra hoja, f3rmela y escriba la fecha).

Este ni3o(a) toma medicamento(s), pero no se los puede administrar. El padre/madre/guardián a cargo del ni3o(a) proporcionará y dispensará cualquier y todo medicamento que sea necesario(s).

Permiso para medicamentos no recetados

NOTA: Por favor marque UNO de los dos cuadros

- Ning3n tipo de medicamento**, ya sea recetado o no recetado, será administrado a este ni3o(a), a menos que sea una situaci3n de vida o muerte y que se requiera un tratamiento de emergencia.
- Doy mi permiso** para que los siguientes medicamentos no recetados se le den a mi hijo/hija (**excluidos los que puedan causar una reacci3n al3rgica**) en la dosis recomendada en el frasco de la medicina.

Medicamento sin aspirina para aliviar el dolor	S3 _____	No _____
Pastilla para la garganta	S3 _____	No _____
Descongestionante	S3 _____	No _____
Antiácido	S3 _____	No _____
Antihistam3nico	S3 _____	No _____

Información médica específica

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, escriba la fecha y el nombre de la enfermedad o condición.
4. Por favor, describa cualquier otra condición especial, médica o de cualquier otro tipo, de este niño(a),

Relevo de responsabilidad e indemnización

PADRE/MADRE/GUARDIÁN doy mi consentimiento para que *EL/LA JOVEN PARTICIPANTE* participe en los programas y actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o la Parroquia a partir del **primer día de junio del 2023 y hasta el 30 de junio del 2024**. *Estos programas y actividades se llevarán a cabo bajo la dirección y supervisión de los empleados y/o voluntarios de la PARROQUIA y/o de la Diócesis de Fort Worth. Este consentimiento y relevo de responsabilidad se pondrá en el archivo y acompañará a este niño(a) a cualquier y todo programa de actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o de la PARROQUIA. Por separado, el FORMULARIO B, “Consentimiento para participar y Consentimiento para tratamiento médico de emergencia” deben ser llenados y entregados junto con este formulario para cada programa y/o actividad.*

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

Por mi parte y por parte del/de la JOVEN PARTICIPANTE aquí nombrado, de nuestros herederos y sucesores, y apoderados acepto indemnizar y relevar a la Diócesis de Fort Worth, al Obispo y sus sucesores, empleados, agentes, voluntarios, la parroquia, sus funcionarios y voluntarios de cualquier y toda responsabilidad por enfermedad, lesión, 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 el período descrito anteriormente.

En caso de que se lleve a cabo una acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de las condiciones de este acuerdo, se acuerda que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todos los costos del tribunal, los honorarios razonables del abogado y cualquier otro gasto incurrido por la parte ganadora.

Relevo publicitario

Además, 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 de Adolescentes, para el uso de cualquier video, fotografía, grabación de audio, diapositiva o cualquier otra reproducción visual o auditiva preparados por la Diócesis de Fort Worth, en las que mi hijo o hija pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales, incluidas la página *web* y las redes de comunicación social, se utilizan para promover la Pastoral Juvenil de la Diócesis de Fort Worth y que, tal vez, incluirán proselitismo y la recaudación de fondos.

Relevo respecto al 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 que los padres o guardianes la lean. Si usted no permite a su hijo o hija “textear”(enviar mensajes de texto), entrar a *Facebook* ni utilizar cualquier otro medio de comunicación social, no se les permitirá que usen estos medios para participar de ciertas actividades de la Pastoral Juvenil. Sin embargo, la Diócesis no puede garantizar que algunas fotografías, videos u otras comunicaciones de su hijo/hija que sean provenientes de otros programas diocesanos o parroquiales aparezcan en alguno de estos sitios de comunicación social.

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

Firma del padre/madre/guardián o conservador _____ Fecha _____

Firma de un Notario Público es necesario para todos los viajes fuera del estado de Texas.

Testigo, _____ el _____ de _____ del _____
 (FECHA) (MES) (AÑO)

Firma del Notario: _____ Sello del Notario:

REQUERIDO PARA TODA ACTIVIDAD FUERA DEL ESTADO

