

Escuela/Parroquia \_\_\_\_\_

Escuela/Parroquia Año: 201\_ hasta 201\_

**Autorización, consentimiento y cesión de derechos para viajar fuera del área local cuando se participa en el programa de educación religiosa y el programa para jóvenes**

*Es requisito llenar y completar este formulario como parte del proceso de inscripción para la participación en todas las actividades de educación religiosa del programa de jóvenes que incluyan viajes, paseos o excursiones más allá del área local (se considera viaje fuera del área local cuando éste tiene más de 60 millas de distancia desde la escuela o parroquia) Tiene que ser usado en viajes con estadía nocturna.*

**Nombre de la Actividad** \_\_\_\_\_ (Referida mas adelante como la Actividad y descrita detalladamente a continuación)

(Por favor use letra imprenta)

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo Femenino/Masculino: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Participante reside con(marque la alternativa aplicable): Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Guardián(es) legal (es) \_\_\_\_\_

Custodia /Nombre de la persona que tiene la custodia legal \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Celular de la mama/guardian: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular del papa/guardian (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono de persona a contactar en caso de emergencia: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Segundo contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono del domicilio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**PERMISO DE PARTICIPACIÓN:** Yo, la persona que firma este documento, declaro que soy el padre o tutor legal del participante y autorizo que a él/ella se le permita participar en la **Actividad** que se efectuará en \_\_\_\_\_ localizada en \_\_\_\_\_ durante la fecha \_\_\_\_\_. Este permiso incluye todas las actividades relacionadas con dicha

**Actividad.** La a transportación será proveída por \_\_\_\_\_. Entiendo que si llegase el participante a demostrar mala conducta de acuerdo a las normas establecidas por \_\_\_\_\_ se le requerirá al participante abandonar la actividad y se harán los preparativos para retornarlo a su casa, con la consecuencia de ser sancionado disciplinariamente. Los gastos de retorno serán costeados enteramente por mi persona que firma y suscribe este documento.

**ARTÍCULOS PERDIDOS O ROBADOS:** Entiendo y estoy de acuerdo que ni la Arquidiócesis de Oklahoma City y/o \_\_\_\_\_, ni ninguno de sus respectivos empleados, directores, agentes, representantes o voluntarios son responsables por la pérdida o robo de alguna propiedad personal del participante, durante la **Actividad**.

**INFORMACIÓN MÉDICA:** ¿El participante esta tomando algún medicamento **O** tiene alguna condición médica especial? (ejemplo: diabetes, epilepsia, problemas cardíacos, etc.) \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Sí su respuesta es **afirmativa**, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias: \_\_\_\_\_

¿Sufrir el participante de algún tipo de alergia? (ejemplo: a picadas de insectos, fiebre de heno, a las fresas, a los cacahuates; etc.) \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si la respuesta es **afirmativa**, por favor, explique (agregue las hojas que sean necesarias): \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el participante tipo de reacción alérgica a algún medicamento? (Por ejemplo: a la penicilina, ibuprofen, acetaminofén, etc.) \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si la respuesta es **afirmativa**, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias \_\_\_\_\_

Tiene el participante alguna incapacidad física o limitaciones de desarrollo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No Si la respuesta es **afirmativa**, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias \_\_\_\_\_

Fecha en que el participante recibió la última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_

Médico del participante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado primario: \_\_\_\_\_

**(Iniciales del Padre/Tutor legal)**

**PEDIDO Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICINAS:** Yo pido y autorizo a los encargados de las Actividades que administren las medicinas nombradas a continuación, de la forma indicada:

	<u>Nombre de la Medicina</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

**NOTE: TODAS LAS MEDICINAS QUE DEBEN SER TOMADAS O SUMINISTRADAS DEBEN SER PREPARADAS PREVIAMENTE Y PROVEIDAS EN EL ENVASE ORIGINAL DE LA FARMACIA, INCLUYENDO EN NOMBRE DEL PARTICIPANTE Y LAS INSTRUCCIONES DEL DOCTOR. (Agregué paginas extras si fuera necesario)**

**Yo DOY** \_\_\_ **NO DOY** \_\_\_ mi permiso para que sean dados medicamentos sin prescripción (Como productos sin aspirinas Ej. paracetamol o ibuprofeno, pastillas para la garganta, etc.) al participante en caso necesario y en forma indicada.

**Firma del Pariente/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**PERMISO Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO:** Yo, el padre o custodio/ tutor legal del participante. Garantizo **que en lo mejor de mi conocimiento**, mi hijo(a) goza de buena salud y está capacitado(a) físicamente para participar en los programas de la **Actividad**. En caso de que el participante requiera atención médica inmediata, yo autorizo y doy permiso para que el participante sea transportado a un centro hospitalario para exámenes y servicios de emergencia medica o tratamiento quirúrgico, incluyendo exámenes necesarios de rayos-X. Yo autorizo a cualquier doctor licenciado o centro medico que proporcione el tratamiento medico necesario al participante. **Por lo tanto, yo asumo y acepto todos los gastos médicos y hospitalarios por el cuidado del participante.**

**RENUNCIA A DEMANDAS CIVILES:** Yo, en consideración de los arreglos aquí establecidos, por mi parte y en representación, del "participante", sus respectivos herederos, sucesores, beneficiarios y parientes más cercanos, declaro y notifico **NO DEMANDAR** a, \_\_\_\_\_ (nombre de la parroquia/escuela), ni al Arzobispo de la Arquidiócesis de Oklahoma City como tampoco a la Arquidiócesis de Oklahoma City, ni a ninguno de sus respectivos departamentos, directores, administradores, maestros, oficiales, agentes, representantes, voluntarios y empleados. Declaro entonces, que renuncio a cualquier acción, reclamo y/o demanda derivadas a consecuencias y sin limitación, de cualquier herida personal, daños materiales a la propiedad que yo y/o el participante pudiese sufrir a causa de una enfermedad o herida sufrida por mi niño(a) como resultado o vinculada en participación de la **Actividad** incluyendo la administración de medicamentos autorizados, tratamientos medico y cualquier consecuencia que proviniera como resultado del tratamiento, incluyendo sin limitación, viaje a la Actividad, estadía, local, alimentación y entretenimiento colaterales en el Programa de ER/Jóvenes hasta la más completa extensión permitida por la ley.

YO HE LEÍDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE LOS TÉRMINOS Y LAS CONSECUENCIAS DE MI EJECUCIÓN DE ESTE DOCUMENTO LEGAL DE TRES (2) PAGINAS DE CESIÓN DE DERECHOS Y LO FIRMO BAJO MI PROPIA VOLUNTAD Y EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES.

**FIRMA**

**Nombre del Padre o Tutor legal (Por favor use letra imprenta):** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre o Tutor legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**TODOS LOS PARTICIPANTES DE 14 AÑOS DE EDAD O MAYORES DEBEN LEER Y FIRMAR LA DECLARACIÓN a CONTINUACIÓN**

Yo \_\_\_\_\_ comprendo y estoy de acuerdo en que debo conducirme de una manera consistente y coherente con las normas de la parroquia/ escuela católica \_\_\_\_\_. De lo contrario, puede resultar que me sea requerido dejar el programa de educación religiosa o el programa para jóvenes, esto de acuerdo a la discreción de la parroquia/escuela

**FIRMA**

**Firma del Participante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_