



Arquidiócesis de Seattle

Forma de Consentimiento para Padres o Tutores y Excención de Responsabilidad

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Teléfono del lugar de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

Yo, (nombre del padre o tutor) _____, concedo permiso para que mi hijo (a) (nombre del menor) _____ participe en este evento patrocinado por la organización y que requiere transporte a una ubicación fuera del sitio donde se encuentra tal organización. La actividad a realizarse se llevará a cabo bajo la guía y dirección de empleados y voluntarios de _____ (nombre de la organización).

A continuación se describe brevemente la actividad:

Tipo de evento: _____

Ubicación donde se realizará el evento: _____

Individuo(s) a cargo: _____

Día y hora de partida: _____ Regreso: _____

Modo de transporte hacia y desde el evento: _____

Costo: _____

Como padre o tutor, soy legalmente responsable de cualquier acción realizada por el menor participante.

Estoy de acuerdo en nombre mi mismo, de hijo anteriormente nombrado, o de nuestros herederos, sucesores y cesionarios, eximir de responsabilidad y defender a (organización) _____, a sus oficiales, directores y agentes y a la Corporación del Arzobispado Católico de Seattle, acompañantes o representante asociados al evento, de cualquier y todas las acciones, peticiones, demandas, costos y gastos y todo daño consecuente que se derive de o en conexión con el hecho de que mi hijo asista al evento o en conexión con cualquier enfermedad o herida o costo de tratamiento médico relacionado con el evento, y estoy de acuerdo en compensar a la organización, sus oficiales, directores y agentes y a la Corporación del Arzobispado Católico de Seattle, acompañantes o representantes asociados al evento por cuotas razonables de abogados y gastos que se deriven.

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Asuntos Médicos

Por este medio garantizo, a mi entender, que mi hijo está en buena salud y asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo.

Tratamiento Médico en Caso de Emergencia

En caso de emergencia, por este medio concedo permiso para que se transporte a mi hijo a recibir tratamiento médico o quirúrgico. Deseo que un médico u hospital me aconseje de cualquier tratamiento posterior. En caso de emergencia y si no se me puede contactar en los teléfonos anteriormente mencionados, contacten a:

Nombre: _____

Relación con el menor: _____ Teléfono: _____

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Proveedor de plan médico: _____ Póliza no: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Otro Tratamiento Médico

En caso de que se notifique a la organización, sus oficiales, directores y agentes y a la Arquidiócesis de Seattle, acompañantes o representantes asociados al evento de que mi hijo presenta síntomas como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta o diarrea, quiero ser notificado por cobrar (con los cargos telefónicos a mi cuenta).

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Medicamento

Mi hijo está tomando medicamento en este momento y llevará tal medicamento necesario en contenedores bien etiquetados y los entregará al acompañante a cargo. El nombre del medicamento y las instrucciones concisas para asegurar que el menor tome tal medicamento, incluyendo dosis y su frecuencia son las siguientes:

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Ningún medicamento puede ser administrado a mi hijo, ya sea mediante prescripción médica o no, al menos que se encuentre en una situación que amenace su vida y requiera tratamiento de emergencia.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Concedo permiso para que le den a mi hijo medicamentos sin prescripción médica como: acetaminofeno, pastillas para la tos o jarabe para la tos, en caso de ser necesario.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del participante: _____

Información Médica Específica (*la organización tendrá el cuidado razonable para asegurarse de que la siguiente información se mantenga confidencial*)

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

Vacunas: fecha de la vacuna más reciente contra el tétano/difteria: _____

¿Tiene el menor alguna dieta especial por prescripción médica? _____

¿Alguna limitación física? _____

¿Tiene el menor alguna condición como nostalgia por el hogar, reacciones emocionales a situaciones desconocidas, sonambulismo, mojar la cama, o desmayos? _____

¿Ha estado el menor expuesto recientemente a enfermedades contagiosas como paperas, sarampión, varicela, etc.? _____

Si es así, especifique la fecha y la enfermedad o condición: _____

Les informo de que mi hijo tiene la siguiente condición médica:

Consentimiento de Fotografía y Video

De vez en cuando, se capturan fotografías o video en los eventos y reuniones del ministerio juvenil, en eventos de la parroquia o escolares. Nos gustaría poder utilizar estas fotografías y video para volantes, publicaciones de la parroquia o de la diócesis y para el sitio de internet del miniserio. Para este fin, se requiere consentimiento por escrito tanto del padre o tutor como del estudiante. No se publicarán nombres a menos que exista autorización por parte del estudiante o del padre o tutor, y solamente se utilizará el nombre de pila. Si usted tiene alguna inquietud acerca de la publicación de fotos o videos en el sitio de internet, por favor póngase en contacto con la organización o el administrador del sitio y serán eliminados a la brevedad.

Yo, el padre o tutor de el o la joven _____ (nombre), autorizo y doy total consentimiento, sin limitación o reserva a _____ (organización) de publicar cualquier fotografía o video en el que aparezca el estudiante anteriormente mencionado, mientras participa en cualquier programa asociado con _____. No habrá compensación alguna por el uso de dichas fotografías o video en el presente o en el futuro.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____