

Diócesis Católica de Fort Worth y/o Parroquia de _____
Programa(s) de la Pastoral con Adolescentes
Padre/guardián/conservador permiso y liberación de responsabilidad, información médica

Nombre del joven: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer

Nombre del padre/guardián/conservador: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

Contacto de emergencia - Nombre: _____

Relación a mi hijo(a) _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Teléfono celular: _____ ¿Usa mensajes de texto? Si No

Información de Liberación de responsabilidad e indemnización:

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

*Nombre de Padre/ Guardián/ Conservador**Nombre del Participante*

participe en los programas y actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o la Pastoral con Adolescentes de la Parroquia de _____

_____ empezando **el 1er día de junio del 2020** y continuando hasta **el 31 de mayo del 2021**. Estos programas y actividades se llevarán a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados y/o voluntarios de la parroquia de _____

_____ y/o la Diócesis de Fort Worth. Esta forma de indemnidad se pondrá en el archivo y acompañará a su hijo(a) a cualquier y a todo programa de actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o Parroquia de _____.

La forma de Consentimiento de Participar/Consentimiento para tratamiento de emergencia (forma B) debe ser entregada junto con esta forma para cada programa y/o actividad.

Yo entiendo de que como padre/guardián/conservador legal, soy responsable por cualquier acción personal tomada por mi hijo(a) nombrada(o) arriba.

Por mi parte y por parte de mi hijo(a) aquí nombrado, nuestros herederos, y sucesores y apoderados acepto no hacer responsable a la Diócesis de Fort Worth, el Obispo y sus sucesores, empleados, agentes, voluntarios, la parroquia, sus empleados y voluntarios de cualquier y todo reclamo por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico relacionados con la participación de mi hijo(a) en los diversos programas y actividades durante las fechas nombradas arriba(a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la Diócesis y/o la parroquia).

En el evento en que se lleve acabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de los acuerdos, se esta de acuerdo de que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todo costo de corte razonable, cuota razonable del abogado y otros gastos incurridos por la parte ganadora.

Nombre del padre/guardian/tutor**Fecha**Marcando cuadro y escribiendo su nombre y fecha sobre la línea, usted acepta que ésta es su firma electrónica**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 con Adolescentes y Catequesis) 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 se usan para la promoción de la Pastoral con adolescentes de la Diócesis de Fort Worth y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

Nombre del padre/guardian/tutor**Fecha**Marcando cuadro y escribiendo su nombre y fecha sobre la línea, usted acepta que ésta es su firma electrónica

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, por cualquier persona que represente a la Diócesis, a través de las redes sociales, 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.

Nombre del padre/guardian/tutor

Fecha

Marcando cuadro y escribiendo su nombre y fecha sobre la línea, usted acepta que ésta es su firma electrónica

¿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 del asegurado (a nombre de quién está el seguro) _____

Nombre de la compañía de seguro: _____

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

Dirección a donde enviar reclamaciones, incluya el código postal _____

Número de teléfono de servicio al cliente _____

Medicamentos recetados: marque el cuadro 1, 2, ó 3, NO MARQUE TODOS LOS CUADROS — SOLO EL QUE SEA CIERTO PARA EL JOVEN

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

- 3. Mi hijo/hija toma medicamento(s) pero no se los puede administrar. El padre/guardián/conservador del hijo/hija proporcionará y dispensará cualquier y todo medicamento(s).

Medicamento no recetado: marque el cuadro A o B — NO MARQUE LOS DOS CUADROS

- A. Ningún medicamento de cualquier tipo, sea recetado o no recetado, será administrado a mi hijo/hija a menos que sea una situación de vida o muerte y tratamiento de emergencia sea requerido.
- B. 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

Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.)

Otro medicamento que está tomando su hijo/hija

Alguna limitación que tiene su hijo/hija

¿Ha sido expuesto su hijo/hija a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, sarampión, viruelas, etc.? Si sí, fecha y condición o enfermedad.

También les informo de estas condiciones médicas especiales de mi hijo/hija. Favor de entregar con esta forma un papel con una clara descripción de estas condiciones especiales.

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

Nombre del padre/guardian/tutor _____ **Fecha** _____

Marcando cuadro y escribiendo su nombre y fecha sobre la línea, usted acepta que ésta es su firma electrónica

Si no desea firmar esta forma electrónicamente, no la marque ni escriba su nombre ni la fecha en la línea. Por favor, imprima la forma, fírmela, féchela y mándela por correo a: The Catholic Center, Attn: Kevin Prevou, 800 West Loop 820 South, Fort Worth TX 76108

Testigo, _____ el _____ de _____ de _____
(Año)

Firma del Notario: _____ Sello del Notario:
(Requerido para toda actividad fuera del estado)