

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

**Pastoral Juvenil - Padre/guardián/conservador permiso, liberación de responsabilidad e información médica anual**

Nombre del joven participante: \_\_\_\_\_ Teléfono celular del joven participante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: Masculino Femenino

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

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Teléfono celular padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_ Mensajes de texto: Sí No Email: \_\_\_\_\_

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

Parentesco/relación con el JOVEN PARTICIPANTE \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Mensajes de texto: Sí No

**Información del seguro médico**

¿Está asegurado el participante? Sí No

Si lo está, favor de llenar la información que se pide más adelante, 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 seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

Dirección para enviar una reclamación (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 de ellos. Además, entiendo que será la responsabilidad de este niño(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 niño(a) le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Este niño(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 niño(a) recoger cualquier medicamento, si queda alguno, en el lugar designado para la administración del medicamento. Los nombres de los medicamentos, la dosis exacta y la frecuencia/tiempo están escritas abajo: (Si necesitara más espacio, utilice otra hoja, fírmela y escriba la fecha).
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Este niño(a) toma medicamento(s), pero no se los puede administrar. El padre/madre/guardián a cargo del niño(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

- Ningún tipo de medicamento**, ya sea recetado o no recetado, será administrado a este niño(a), a menos que sea una situación 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 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 _____

**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 2025 y hasta el 30 de junio del 2026**. *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: Oficina de Vocaciones, 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 Oficina de Vocaciones 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 Oficina de Vocaciones. 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**