

Diócesis de Little Rock / Oficina de Pastoral Juvenil Católica

Revisado 8-2017

CONSENTIMIENTO DE PADRE DE FAMILIA/TUTOR, EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO MÉDICO

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nac.: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Nombre de Padre/Tutor: _____ Tel. de Casa: () _____

Núm. de Tel. Alternativo () _____ Celular Bíper Trabajo

Parroquia: _____ Grado _____ Edad _____ Género: M/F

CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

¡Importante! El Padre/Tutor de un joven menor de 18 años de edad debe completar esto. Si el participante tiene o es mayor de 18 años de edad, puede completar y firmar éste consentimiento.

Yo (nombre del padre/tutor) _____, otorgo permiso para que mi hijo, (nombre del participante) _____, pueda participar en **cualquiera y todos los eventos que se realicen, se lleven a cabo o se ejecuten por la Oficina de Pastoral Juvenil de la Diócesis de Little Rock del 1º de julio, 20__ al 30 de junio, 20__** (“eventos de la Oficina de Pastoral Juvenil), incluyendo pero no limitándose a lo siguiente: Convivio de Secundaria, Convivio de Preparatoria, Gran Espectáculo de Fin de Semana, Retiro de Confirmación, Convención Estatal e Instituto de Verano de Caridades Católicas.

Estoy de acuerdo a nombre propio, a nombre del otro padre de mi hijo, si se conociese, o que esté vivo (nombre del padre) _____, de mi hijo nombrado en la presente, y de sus herederos, sucesores, y albaceas, eximir y mantener libre de perjuicios y defender a la Diócesis de Little Rock, la parroquia patrocinadora (su párroco, ministro de jóvenes, otros agentes, etc.) o a cualquier otro representante asociado con la actividad programada a menos de que las partes involucradas hayan actuado descuidadamente o negligentemente. También otorgo permiso para que la Diócesis utilice cualquier imagen fotográfica de mi hijo para uso Diocesano y le permito a la Diócesis comunicarse con mi hijo a través de las redes sociales.

Firma (Padre/Tutor)

Fecha

Firma

Fecha

(Participante de 18 años de edad en adelante debe firmar su propio consentimiento)

CONSENTIMIENTO MÉDICO

(VIGENTE DESDE EL 1° DE JULIO, 2019 HASTA EL 30 DE JUNIO, 2020)

Asuntos Médicos

Por medio de la presente doy fe de que mi hijo cuenta con buen estado de salud, y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. De las siguientes declaraciones con respecto a asuntos médicos, firme sólo aquellos con los que está conforme:

Tratamiento Médico Urgente

En caso de cualquier emergencia, por medio de la presente doy permiso para que transporten a mi hijo a un hospital para recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica urgente. Deseo que me avisen antes de cualquier otro tratamiento por parte del hospital o doctor. En caso de cualquier emergencia y que no puedan comunicarse conmigo, comuníquense con:

Nombre y Parentesco _____ Teléfono (____) _____

Médico Familiar: _____ Teléfono (____) _____

Medicamentos

Mi hijo traerá todos sus medicamentos, bien etiquetados, que fuesen necesarios. Los nombres de los medicamentos e indicaciones concisas para asegurarse de que mi hijo tome dichos medicamentos, incluyendo la dosis y la frecuencia son los siguientes:

Mi hijo está tomando los siguientes medicamentos actualmente:

Medicamento(s): _____ Dosis: _____

Administración: _____

____ Por la presente **NO DOY PERMISO** para administrar ningún tipo de medicamento, ya sea con o sin receta médica a mi hijo a menos de que la situación sea de vida o muerte y que se requiera tratamiento urgente. (Por favor escriba sus iniciales)

____ Por la presente **DOY PERMISO** para administrar medicamento con o sin receta médica (tal como Tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) a mi hijo, si fuese recomendable. (Por favor escriba sus iniciales)

INFORMACIÓN SOBRE CONDICIONES MÉDICAS

(El personal diocesano se asegurará de mantener confidencialmente la siguiente información)

Mi hijo/hija tiene: _____

Ha tenido un episodio de lo siguiente o ha sido diagnosticado con Ataques Epilépticos Asma Diabetes

Ha tenido reacciones alérgicas a lo siguiente (alimentos, tintes, látex, etc.) _____

¿Ha sido operado dentro de los últimos seis meses? Sí No ¿Está aún bajo observación médica? Sí No

¿Está bajo una dieta médica? _____

Tiene las siguientes restricciones _____

¿Están al día sus vacunas? Sí No Fecha de la última vacuna contra el tétano/difteria _____

Tiene que estar informado sobre las siguientes condiciones médicas especiales de mi hijo: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO

(Por favor incluya una copia de la Tarjeta del Seguro, frente y reverso, con este formulario)

Compañía de Seguro Médico: _____

Nombre del Titular: _____

Número de Identificación del Seguro: _____ Número de la Póliza de Seguro: _____

Nombre del Papá: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Empleo: _____

Nombre de la Mamá: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Empleo: _____

____ No, no cuento con seguro médico en este momento.

En caso de que los chaperones del evento se percaten de que mi hijo se enfermó con síntomas frecuentes tal como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, deseo que me llamen inmediatamente.

Doy fe y estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad informar a la Oficina de Pastoral Juvenil de la Diócesis de Little Rock si en cualquier momento fuese necesario cambiar, enmendar o actualizar cualquier información anteriormente mencionada antes de que caduque la fecha de este Consentimiento Médico.

Firma (Padre/Tutor) Padre Tutor debe firmar por cualquier joven menor de 18 años de edad

Fecha

Firma (Participante de 18 años de edad en adelante debe firmar su propio consentimiento)

Fecha