

Nombre de la Parroquia \_\_\_\_\_  
 Nombre del Joven \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Primario \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario (opcional) \_\_\_\_\_

*Las direcciones de correo electrónico que se encuentran a continuación pueden ser utilizadas para comunicarse conmigo y/o mi hijo/hija en referencia a este evento.*

Correo Electrónico Primario (escriba legiblemente) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Secundario (opcional) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo (circule uno) M o F \_\_\_\_\_ Grado que Cursa (2015/2016) \_\_\_\_\_

Talla de la Camiseta (circule una) S M L XL 2XL 3XL

**PERMISO PARA VIAJAR**

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo permiso para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_, participe en los eventos parroquiales y actividades juveniles descritos en la parte inferior durante este año de formación. A continuación se describe brevemente la actividad:

Descripción del evento: \_\_\_\_\_

Fecha del evento: \_\_\_\_\_

Destino del evento: \_\_\_\_\_

Hora estimada de salida y llegada: \_\_\_\_\_

Medio de transporte hacia y desde el evento: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD**

En consideración por permitir que los Jóvenes participen en esta actividad, yo/hosotros, el(los) padre(s)/tutor(es)/ guardián(es) del(a) Joven concedo (concedemos) permiso para que el Joven viaje y participe en el Evento descrito anteriormente. Yo/hosotros asumo (asumimos) todos los riesgos y peligros inherentes a la participación de los Jóvenes en el Evento, incluyendo la transportación hacia y desde el Evento. En consideración por permitir que los Jóvenes participen en el evento mencionado anteriormente y en mi/nuestro nombre y el de los padres del(a) Joven, tutores legales, hermanos, herederos, beneficiarios y representantes personales, por medio de la presente yo(nosotros) libero(liberos) y estoy(estamos) de acuerdo en proteger, indemnizar y defender total e incondicionalmente la Parroquia, la Diócesis Católica de Dallas y sus respectivos oficiales, agentes y empleados, (colectivamente, "Indemnizados"), y exonero a todos los Indemnizados de y en contra de cualquier y todos los costos, gastos, honorarios de abogados, reclamos de daños, demandas, juicios, pérdidas o responsabilidad por daños a la propiedad, lesiones a las personas (incluyendo Jóvenes) y de otros costos, gastos, honorarios de abogado, reclamos, demandas de juicios, pérdidas o responsabilidad de cualquier y toda naturaleza que surja en cualquier manera, directa o indirectamente, de, en conexión con, en el curso de, o en relación a la participación de los Jóvenes en eventos y actividades juveniles, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA O DE LA NEGLIGENCIA CONJUNTA, RELATIVA O CONCURRENTE DE LOS INDEMNIZADOS. En caso que se tome alguna acción legal en contra de algún grupo para hacer cumplir alguno de los términos y condiciones estipulados en este formulario, se acuerda que el grupo que pierda el caso pagará al grupo que se imponga en él, todos los gastos de corte, honorarios razonables de abogados y gastos incurridos por el grupo que se imponga.

**CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO A UN MENOR**

Yo, \_\_\_\_\_ soy el \_\_\_ padre, \_\_\_ tutor \_\_\_ guardián de \_\_\_\_\_, un menor de edad, y como tal autorizo a (la Parroquia) \_\_\_\_\_, sus dirigentes del ministerio de jóvenes, empleados, contratistas y voluntarios como agente(s) de quien firma a dar su consentimiento para realizar cualquier examen de rayos-x, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, dental o quirúrgico y atención hospitalaria que se estime recomendable por, y se lleve a cabo bajo la supervisión general o específica de un médico o cirujano acreditado bajo las leyes de la jurisdicción donde sea realizado dicho diagnóstico o tratamiento, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se haya llevado a cabo en la oficina de dicho médico, en un hospital, o cualquier otro lugar. Se entiende que esta autorización se otorga antes de realizar cualquier tratamiento o diagnóstico específico, pero es otorgada para proporcionar autoridad y poder de tratamiento, o atención hospitalaria que el médico antes mencionado en el ejercicio de su mejor criterio considere conveniente. Esta autorización se otorga conforme a las disposiciones del capítulo 32 del Código Familiar de Texas. Esta autorización estará vigente durante las fechas de los eventos específicos mencionados anteriormente. Tomando en consideración la aceptación de esta autorización, pero sin límite de tiempo y sin ningún derecho de revocación futuro, yo libero, defiendo y declaro inocentes a la Parroquia y a la Diócesis Católica Romana de Dallas (Diócesis), sus funcionarios, directores, agentes, empleados, voluntarios, dirigentes del ministerio de jóvenes y contratistas de todos los reclamos, responsabilidades y pérdidas que de alguna manera surjan de o en conexión con o relacionados a dicho tratamiento y las decisiones que se tomen con respecto a dicho tratamiento.

**CONSENTIMIENTO PARA TOMAR GRABACIONES AUDIO/VISUALES Y FOTOGRAFÍAS**

En ocasiones, durante actividades patrocinadas por parroquias o la diócesis se toman grabaciones visuales y auditivas, diapositivas fotográficas y fotografías de niños y jóvenes. Éstas son utilizadas en boletines, sitios cibernéticos, promociones de eventos, anuncios y otros medios impresos de comunicación. Para contraprestación válida y valiosa, otorgo a (la parroquia) \_\_\_\_\_ el derecho irrevocable y sin restricciones de realizar, utilizar o publicar cualquier y todas las fotografías, vídeos y otras imágenes mías o de mi hijo menor de edad \_\_\_\_\_ (joven), o imágenes en las que mi hijo menor de edad o yo podamos estar incluidos, ya existentes o realizadas de ahora en adelante, en cualquier caso, con o sin identificar al sujeto para propósito editorial, publicitario, noticioso o cualquier otro propósito y en cualquier forma y medio; alterar el mismo sin restricción; y reclamar derechos de autor del mismo. Por medio de la presente, libero y estoy de acuerdo en proteger, indemnizar y defender total e incondicionalmente a (la parroquia) \_\_\_\_\_, la Diócesis Católica Romana de Dallas, y a sus respectivos oficiales, agentes y empleados (colectivamente "Indemnizados"), y exonero a todos los Indemnizados de y en contra de cualquiera y

todos los costos, gastos, honorarios de abogados, reclamos de daños, demandas, juicios, pérdidas o responsabilidad por daños a la propiedad, lesiones a las personas (incluyendo al Joven) y de otros costos, gastos, honorarios de abogado, reclamos, demandas de juicios, pérdidas o responsabilidad de cualquier y toda naturaleza que surja en cualquier manera, directa o indirectamente, de, en conexión con, en el curso de, o por el uso incidental o publicación de cualquier tipo de fotografías, videos u otras imágenes de mi hijo, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA O DE LA NEGLIGENCIA CONJUNTA, RELATIVA, O CONCURRENTE DE LOS INDEMNIZADOS.

## Permiso del Joven y Formulario de Viaje

Nombre del Joven Participante: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Identificación del Seguro: \_\_\_\_\_

# de Seguro Social (opcional): \_\_\_\_\_

**Medicamentos: ESCRIBA SUS INICIALES en todos los que Corresponda – Nota: NO ESCRIBA SUS INICIALES EN TODAS LAS AREAS, YA QUE UNA PUEDE CANCELAR OTRA**

\_\_\_\_\_ Este(a) menor no toma medicamentos y no traerá medicamentos con él/ella.

\_\_\_\_\_ Este(a) menor toma medicamento(s) y se auto medicará. El menor traerá todos los medicamentos necesarios, y dichos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se pedirá al menor que entregue todos sus medicamentos al adulto encargado de supervisar y conservar los medicamentos. Asimismo, tengo entendido que este menor será responsable de presentarse al lugar designado para que se le sea(n) entregado(s) el(los) medicamento(s) en los horarios/frecuencias indicadas en la parte de abajo. Entiendo que el adulto al cual este menor entregará el medicamento no tiene entrenamiento médico y que dicho adulto no medirá la dosis. Una vez que se haya auto medicado, este menor entregará el(los) medicamento(s) al adulto. Al concluir el evento, este menor será responsable de recoger el (los) medicamento(s) restante(s), si hubiese alguno, en el lugar de auto-medicación designado. Los nombres de los medicamentos y las dosis exactas, así como la frecuencias/horarios se especifican a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ATENCIÓN:** Si su hijo tiene un Dispositivo Inyectable de Emergencia (Epi-Pen), Condición Diabética, Asmáticos con un inhalador de rescate, o cualquier otra condición médica especial, es importante que proporcione una descripción clara acerca de la naturaleza de dicha condición y cualquier medicamento. Esto es importante en situaciones en las que el joven no es capaz de auto suministrarse estos tratamientos y de comunicarse con el Personal de Respuesta de Emergencia. Si un menor, usualmente capaz de auto suministrarse estos medicamentos, se vuelve incapaz de auto administrárselos o está en peligro, los ministros de jóvenes, voluntarios o empleados de la parroquia llamarán inmediatamente al 911 para llamar al Personal Médico de Emergencia para que responda a la emergencia médica. **Los ministros de jóvenes, voluntarios, y otro personal de la parroquia NO están entrenados para administrar este tipo de medicamentos de emergencia.**

\_\_\_\_\_ Este menor toma medicamento pero no es capaz de auto medicarse. El padre/tutor/guardián proporcionará y administrará todos los medicamentos necesarios.

\_\_\_\_\_ **Ningún tipo de medicamento**, recetado o no recetado, le será administrado a este menor a menos que la situación ponga en riesgo su vida y se requiera tratamiento de emergencia.

\_\_\_\_\_ **Otorgo mi permiso** para que los siguientes medicamentos no recetados sean administrados a este menor:

Analgésicos sin aspirina	Si _____ No _____	# de tabletas por dosis _____
Pastillas para la garganta	Si _____ No _____	
Descongestionantes	Si _____ No _____	# de tabletas por dosis _____
Antiácidos	Si _____ No _____	
Antihistamínicos	Si _____ No _____	# de tabletas por dosis _____
Otro _____		Dosis _____

### Información Médica Específica

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.) \_\_\_\_\_

Inmunizaciones: (fecha de la última vacuna del tétanos/difteria) \_\_\_\_\_

Otros medicamentos que el menor toma actualmente: \_\_\_\_\_

¿Existe(n) alguna(s) discapacidad(es) o limitación(es) física(s)?: \_\_\_\_\_

¿Ha estado el menor expuesto recientemente a enfermedades o situaciones infecciosas como paperas, sarampión, varicela, etc.? S N  
Si es así, fecha de la situación o enfermedad. \_\_\_\_\_

¿Alguna otra condición médica especial en este joven de la que deberíamos estar enterados? \_\_\_\_\_

**Permiso del Joven y Formulario de Viaje**

**Firma del Padre/Guardián**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Joven Participante

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor/Guardián 1

\_\_\_\_\_  
Padre 1 Número Telefónico Primario

\_\_\_\_\_  
Padre 1 Número Telefónico Secundario (opcional)

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Tutor/Guardián 2 (opcional)

\_\_\_\_\_  
Padre 2 Número Telefónico Primario (opcional)

\_\_\_\_\_  
Padre 2 Número Telefónico Secundario (opcional)

\_\_\_\_\_  
Nombre de Contacto de Emergencia Adicional (opcional)

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico (opcional)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**LE PEDIMOS QUE ANEXE UNA FOTOCOPIA DE SU TARJETA DE SEGURO MÉDICO POR AMBOS LADOS**

Se requiere intervención notarial en todos los viajes fuera del estado.

Certificado por mi \_\_\_\_\_, este \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (año)

Firma del Notario: \_\_\_\_\_

Sello del Notario: