

Parroquia:

Formulario de Inscripción Anual para Formación en la Fe y Otros Programas Juveniles (para menores)		
<p>Escriba aquí preguntas específicas al programa. Puede agregarse una hoja adicional con una descripción del programa y las fechas importantes.</p>		
Información del Participante		*Información Requerida
Nombre del Participante*:		
Fecha de Nacimiento* ____/____/____	Sexo*: Masculino o Femenino	
Grado*:	Celular del Participante^:	
Correo Electrónico del Participante^:		
Información Sacramental: Marque todos los Sacramentos de Iniciación Recibidos (escriba la denominación si los sacramentos no se recibieron en la Iglesia Católica)		
____ Bautizo	Año:	Parroquia y Ciudad:
____ Primera Comunión	Año:	Parroquia y Ciudad:
____ Confirmación	Año:	Parroquia y Ciudad:
Información Médica, de Medicamentos y Alergias (Opcional Agregue una copia de la tarjeta de su seguro médico)		
Restricciones y Alergias a Alimentos, Condiciones Médicas, y Alergias a Medicamentos: (Escriba las restricciones y alergias a alimentos que sean relevantes, condiciones médicas, alergias a medicamentos, restricciones físicas, cirugías recientes, dificultades de aprendizaje, trastornos del comportamiento, o dificultades para socializar (depresión, ansiedad, etc) que el organizador del programa/ministerio y cualquier líder voluntario del programa/ministerio deba conocer).		
Nombre todos los Medicamentos Actuales de Prescripción: (Vea las notas de Medicamentos):		
Restricciones de Medicamentos No Recetados (a la venta sin receta) (Nombre todos los medicamentos no recetados que su hijo(a) NO PUEDE recibir): YO OTORGO MI PERMISO para que estos medicamentos no recetados sean dados a mi hijo(a): Analgésico sin aspirina, Pastillas para la garganta, Descongestionante, Antiácido, Antihistamínico, y Antidiarreico, EXCEPTO las restricciones que escribo aquí: (Escriba NO DAR Medicamento no recetado si no desea que su hijo reciba ningún medicamento no recetado):		
Información Familiar		
Teléfono Residencial*:		
Dirección*:		
Ciudad*:	Estado*:	Código Postal*:
Padre de Familia/Tutor/Contacto de Emergencia Adicional (Ver nota sobre Contactos)		
Nombre del Padre o Tutor* 1:		
Celular del P/T 1:	Correo Electrónico del P/T 1:	
Nombre del Padre o Tutor* 2:		
Celular del P/T 2:	Correo Electrónico del P/T 2:	
Nombre del Contacto Adicional para Emergencias:		
Celular del CE:	Relación con el Participante:	
Consentimiento del Padre/Tutor: He leído el consentimiento para participar y liberación de responsabilidad, consentimiento para proporcionar tratamiento, para tomar y usar grabaciones audio/visuales y fotografías y entiendo y		

Parroquia:

voluntariamente acepto sus disposiciones. Tengo la patria potestad/autoridad civil para procurar la formación en la fe del menor. (Ver todas las liberaciones de responsabilidad y admisiones en la segunda página).

Nombre del Padre/Tutor*: [ESCRIBA] _____

X [FIRMA]

Fecha: ____/____/____

^NOTA sobre CONTACTOS: Las direcciones de correo electrónico y los números celulares que se encuentran en este formulario pueden ser utilizados para comunicarse con los padres/tutores y/o los participantes en referencia a este evento. Los padres/tutores serán copiados en cualquier comunicación enviada directamente a los menores.

NOTA sobre MEDICAMENTOS: Si el menor requiere tomar cualquier medicamento por prescripción o no recetado durante el horario de este programa, a todos los menores que participan en este programa se les requiere entregar estos medicamentos al adulto encargado de supervisar y conservar los medicamentos. Los participantes traerán sus propios medicamentos por prescripción que necesiten tomar durante este programa/evento y estos medicamentos deberán estar claramente marcados. El participante será responsable de presentarse al lugar designado para que le sea(n) entregado(s) el (los) medicamento(s) en los horarios/frecuencia descrito al entregar los medicamentos. Entiendo que el adulto al cual el participante entrega el(los) medicamento(s) no cuenta con entrenamiento médico y que dicho adulto no medirá la(s) dosis. Una vez que se haya auto medicado, el participante regresará el(los) medicamento(s) al adulto. Al finalizar el evento, el menor será responsable de recoger cualquier medicamento(s) sobrante. Si el niño(a) toma medicamento, pero no es capaz de auto suministrarse, el padre/tutor/guardián proveerá y administrará cualquier y todos los medicamentos necesarios. **NOTA:** Toda la información médica será conservada en estricta confidencialidad. Si su hijo tiene un Dispositivo Inyectable de Emergencia (Epi-Pen), Condición Diabética, Asmáticos con un inhalador de rescate, o cualquier otra condición médica, es necesario agregar una hoja con una descripción clara acerca de la naturaleza de dicha condición y cualquier medicamento. Esto es importante en situaciones en las que el participante no es capaz de auto suministrarse estos tratamientos y de comunicarse con el Personal de Respuesta de Emergencia. **Los dirigentes del ministerio, voluntarios, y otro personal de la parroquia NO están entrenados para administrar este tipo de medicamentos de emergencia.**

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD: En consideración por permitir que el menor(es) participe(n) en actividades y funciones juveniles, de manera presencial y/o de manera virtual, Yo/nosotros, el(los) padre(s)/tutor(es)/ guardián(es) del menor(es) concedo (concedemos) permiso para que el menor(es) viaje y participe en eventos y actividades juveniles. Yo/nosotros asumo (asumimos) todos los riesgos y peligros inherentes a la participación del menor(es) en el Evento, incluyendo la transportación hacia y desde el Evento. En consideración por permitir a este menor(es) a participar en el evento mencionado anteriormente y en mi/nuestro nombre y el de los padres del(a) la participante, 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 Romana de Dallas y sus respectivos oficiales, agentes y empleados, (colectivamente, "Indemnizados"), y exonerar 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 responsabilidades por daños a la propiedad, lesiones a las personas (incluyendo el/la participante) y de cualesquiera otros costos, gastos, honorarios de abogado, reclamos, demandas de juicios, pérdidas o responsabilidades 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 del (los) menor(es) 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 razonables de corte, honorarios de abogados y gastos incurridos por el grupo que se imponga.

CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO A UN MENOR: Yo/nosotros, el(los) padre(s)/tutor(es)/ guardián(es) del Menor(es) inscrito(s) en este formulario por medio de la presente autorizo (autorizamos) a la parroquia(s) y/o diócesis que dirigen el Evento descrito anteriormente, sus dirigentes de ministerio, organizadores del evento, 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(s)/Escuela(s) que celebran/albergan este Evento, y a la Diócesis Católica Romana de Dallas (Diócesis), sus funcionarios, directores, agentes, empleados, voluntarios, dirigentes del ministerio, organizadores del evento 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 Y USAR 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 menores de edad. Éstas son utilizadas en boletines, sitios cibernéticos, promociones de eventos, anuncios y otros medios impresos de comunicación. Para contraprestación válida y valiosa, por medio de la presente otorgo a la parroquia(s) y/o diócesis que dirigen el Evento mencionado anteriormente el derecho irrevocable y sin restricciones de realizar, utilizar y/o publicar cualquier y todas las fotografías, videos y otras imágenes mías o de mi(s) hijo(s) menor(es) de edad mencionados en este formulario, 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

Updated 8/2020

Parroquia:

medio de la presente, libero y estoy de acuerdo en proteger, indemnizar y defender total e incondicionalmente a cualquier parroquia(s) mencionada(s) en este formulario, 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 menor que participa en el Evento) y de cualesquiera 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.

MODIFICACIONES O EXCLUSIÓN: Para discutir la modificación de cualquiera de estos consentimientos contacte al coordinador del ministerio/evento.

ADMISIÓN DE AUTORIDAD CIVIL: Yo(nosotros) confirmo que soy (somos) el padre(s)/tutor(es)/guardián(es) y tengo (tenemos) la autoridad civil para procurar la preparación sacramental y formación espiritual del (los) menor(es) mencionado(s) en este formulario.