

Parroquia:

Formulario de Consentimiento y Liberación de Responsabilidad para Viajes – para Menores

Información del Evento/Actividad		
Nombre del Evento:		
Fecha/Horario:		
Lugar del Evento:		
Modo de Transporte hacia y desde el Evento:		
Información del Participante *información Requerida		
Nombre del Participante*:		
Fecha de Nacimiento* ____/____/_____	Grado: Sexo*: Masculino o Femenino	
Teléfono Residencial*:	Celular del Participante^:	
Dirección*:		
Ciudad*:	Estado*:	Código Postal*:
Talla de Camiseta (circule una) S M L XL 2XL 3XL		
Correo Electrónico del Participante^:		
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 para Emergencias:		
Celular del CE:	Relación con el Participante:	
Información Médica, de Medicamentos y Alergias		
Restricciones y Alergias a Alimentos: (Describe las restricciones y alergias a alimentos, las reacciones, su severidad y medidas de control)		
Condiciones Médicas y Alergias a Medicamentos: (Enumere las condiciones médicas relevantes, alergias a medicamentos, restricciones físicas, cirugías recientes, dificultades de aprendizaje, trastornos del comportamiento o dificultades para socializar (depresión, ansiedad, etc) que el organizador del evento deba conocer.		
Nombre todos los Medicamentos Actuales de Prescripción: (Vea las notas de Medicamentos): La lista de Medicamentos y sus instrucciones debe ser actualizada al momento de registrarse al evento)		
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 Medicamentos no recetados si no desea que su hijo reciba ningún medicamento no recetado):		
Póliza de Seguro (Opcional: Incluya una copia de la tarjeta de su seguro médico)		
Compañía de Seguros:	Número de Póliza:	
Número de Identificación del Seguro:		

Parroquia:

Formulario de Consentimiento y Liberación de Responsabilidad para Viajes – para Menores

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 el código de conducta y entiendo y voluntariamente acepto sus disposiciones.*

Nombre del Padre/Tutor*: [ESCRIBA] _____

X [FIRMA] _____ Fecha: ____/____/____

^NOTA sobre CONTACTOS: Las direcciones de correo electrónico y números celulares que se encuentran en este formulario pueden ser utilizadas 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: A todos los menores que participan en este evento se les requiere entregar todos los medicamentos por prescripción o medicamentos no recetados al adulto encargado de supervisar y conservar los medicamentos. Los participantes traerán sus propios medicamentos por prescripción que necesiten durante este 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. **NOTA:** 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 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 participante 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 dirigentes del ministerio, 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 líderes 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/los participante(s) inscrito(s) en este formulario participe(n) en esta actividad, Yo/nosotros, el(los) padre(s)/tutor(es)/ guardián(es) del Participante concedo (concedemos) permiso para que mi(nuestro) hijo/hija viaje(n) y participe(n) en el Evento descrito anteriormente. Yo/nosotros asumo (asumimos) todos los riesgos y peligros inherentes a la participación 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(s), tutores legales, hermanos, herederos, beneficiarios y representantes personales, por medio de la presente Yo(nosotros) libero(libéramos) y estoy(estamos) de acuerdo en proteger, indemnizar y defender total e incondicionalmente la(s) Parroquia(s)/Escuela(s) que celebran/albergan este Evento, 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 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 del (los) menor(es) participando en el Evento, 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 dirige(n) 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, vídeos 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

Parroquia:

Formulario de Consentimiento y Liberación de Responsabilidad para Viajes – para Menores

medio de la presente, libero y estoy de acuerdo en proteger, indemnizar y defender total e incondicionalmente a cualquier parroquia(s) mencionadas 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 CONCURRENTEMENTE DE LOS INDEMNIZADOS.

CÓDIGO DE CONDUCTA: 1. Todo menor y todo adulto tratará a otros con respeto y se conducirá de una manera que represente positivamente a nuestra comunidad. El respeto incluye todo intercambio verbal, físico y psicológico. Las muestras inapropiadas de afecto, así como cualquier tipo de abuso a otra persona no serán tolerados. 2. Los participantes deberán asistir a todos las actividades del evento. Si se proporcionan gafetes estos deben ser usados en todo momento durante el evento. 3. Cualquier uso de drogas, alcohol, tabaco, cigarros electrónicos o sustancias ilegales no será tolerado y resultará en la expulsión del participante del evento, la posibilidad de que no pueda participar en otros eventos del ministerio o hasta puede incluir consecuencias legales. Tanto los adultos como los menores deberán cumplir todas las leyes y serán hechos responsables por romper estas leyes (vandalismo de propiedad, posesión de armas, robo, etc.) y por cualquier daño causado. Ningún tipo de arma debe estar en posesión de los participantes. 4. Los adultos líderes y los chaperones han recibido la autoridad para mantener la seguridad y el cumplimiento de este Código de Conducta. Bríndeles su respeto y cooperación. 5. Los padres de familia tienen el deber de revisar este Código de Conducta con su hijo(a). Los padres están de acuerdo que su hijo(a) debe cumplir con las normas descritas en este Código y en el evento. Si su hijo(a) no sigue el Código de Conducta puede ser expulsado del evento inmediatamente y enviado a casa a costo de los padres y sin derecho a reembolso por ninguna cantidad en conexión a eso.

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