

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR
EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD E INFORMACION MÉDICA**



NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____

NOMBRE DEL PADRE(S) O TUTOR: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONO (CASA): () _____ TELEFONO (MOBIL): () _____

Yo, _____, (padre/tutor) otorgo permiso a _____, (nombre del participante) a que forme parte de este evento parroquial/diocesano del ministerio juvenil. Entiendo que se requiere el transporte a un lugar fuera del sitio parroquial. Este evento se llevara acabo bajo la orientación y dirección de los empleados de la parroquia de _____ (Nombre de la parroquia). Una breve descripción del evento sigue:

Nombre del Evento: _____

Lugar del Evento: _____

Nombre del individuo a cargo: _____

Tiempo de partida y retorno: _____

Medio de Transporte: _____

Como padre y/o tutor legal, permanezco legalmente responsable por cualquier acción personal tomada por _____ (nombre del participante). Yo, _____, (padre/tutor) estoy de acuerdo en nombre de mi hijo(a), esposo(a), sucesores, herederos, y cesionarios de mantener indemne de toda responsabilidad y defender a _____ (nombre de la parroquia), la Diócesis de San Diego; sus funcionarios, directores, agentes, voluntarios, acompañantes, y representantes asociados con el evento; con respecto a cualquier y todas las acciones, reclamaciones o demandas que puedan introducirse, o ya en contra de la parroquia, la Diócesis de San Diego, sus oficiales, directores, agentes, voluntarios, acompañantes y representantes asociados con el evento, que surja de o en conexión con mi niño que asiste a este evento o en conexión con cualquier enfermedad, lesión o costo del tratamiento médico al respecto. Estoy de acuerdo en compensar a la parroquia, la Diócesis de San Diego, sus oficiales, directores, agentes, voluntarios, acompañantes y representantes asociados a este evento, los honorarios razonables de abogados y gastos generados en relación con la misma.

Firma _____ **Fecha** _____

ASUNTOS MEDICOS: Afirmo que mi hijo(a) está en buena salud, y asumo toda responsabilidad sobre la misma.

*** Favor de contestar el siguiente cuestionario médico, solo firme aquello que esté de acuerdo a sus deseos ***

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA: En el caso de una emergencia, yo doy permiso para transportar a mi hijo(a) a un hospital para tratamiento de emergencia médica o quirúrgica. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional administrado por el hospital o el médico. En el caso de una emergencia, **si no pueden comunicarse conmigo, favor de llamar:**

NOMBRE & RELACION: _____

TELEFONO: () _____ (CASA/MOBIL)

MÉDICO FAMILIAR: _____ PHONE: () _____

NOMBRE DE ASEGURANZA/PLAN DE SALUD: _____

NUMERO DE POLIZA: _____

Firma _____ **Fecha** _____

OTRO TRATAMIENTO MEDICO: En el caso que algún empleado parroquial, la Diócesis de San Diego, sus oficiales, directores, agentes, voluntarios, acompañantes y representantes asociados con el evento, vea necesaria la administración de medicamento a mi hijo(a) por presentar síntomas tales como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre o diarrea, deseo que me notifiquen inmediatamente antes de administrar cualquier medicamento.

Firma _____ **Fecha** _____

MEDICAMENTOS: Mi hijo (a) actualmente está bajo el siguiente tratamiento. Mi hijo (a) se hará cargo de llevar todos sus medicamentos y de tenerlos bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para la administración, dosis y frecuencia es la siguiente:

Firma _____ **Fecha** _____

MEDICAMENTOS: FAVOR DE ESCOGER UNA DE LAS OPCIONES: (A O B)

A) **Ningún tipo de medicamento** deberá ser administrado al menos que se encuentre la vida de mi hijo (a) en peligro de muerte y sea necesaria atención médica.

A) **Firma** _____ **Fecha** _____

B) Yo otorgo permiso para que se le administre medicamento sin receta a mi hijo (a) (como analgésicos seguros para menores, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) si la situación lo amerita.

B) **Firma** _____ **Fecha** _____

DATOS IMPORTANTES MEDICOS

La parroquia se tomara el cuidado especial de ver que la siguiente información se mantenga confidencial.

Reacciones Alérgicas (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.) _____

Vacunas: Fecha de la vacuna ante el tétano/difteria: _____

¿Lleva su hijo(a) una dieta especial? _____

¿Alguna limitación física? _____

¿Su hijo (a) padece de nostalgia crónica, reacciones emocionales a las nuevas situaciones, el sonambulismo, orinarse en la cama o desmayos? _____

¿Su hijo (a) ha estado expuesto a alguna enfermedad contagiosa o condiciones, como las paperas, el sarampión, la varicela, el H1N1, etc.? En caso afirmativo, anote la fecha y la condición o enfermedad:

También deben de estar conscientes de las siguientes condiciones médicas especiales de mi hijo (a): _____

FOTO/VIDEO PRENSA

Yo, _____ (padre /tutor) autorizo a _____ (nombre de la parroquia) de la Diócesis de San Diego, sus representantes, o voluntarios, para fotografiar o grabar en cinta de audio o vídeo (digital) a _____ (nombre del participante) con fines de promover la misión del Ministerio de Jóvenes, en este caso específico, la creación de materiales de publicación para los que participan en _____ (evento y fecha). Fotos, audio o video puede ser utilizado en materiales impresos y pantallas de visualización o de otros medios de comunicación. Entiendo que este tipo de fotos y / o grabaciones de vídeo se utilizará para fines relacionados con el Ministerio de Jóvenes y no serán utilizados con fines comerciales de ningún tipo. Por lo tanto, la presente renuncio a cualquier tipo y todos los derechos que pueda tener una remuneración de cualquier clase que de otro modo se podrían derivar para los usos de estos tipos de fotos y/o grabaciones de audio o video.

Firma _____ **Fecha** _____