

Escuela/Parroquia _____ Ciudad: _____ Escuela/Parroquia Año: 20____ - 20____

Autorización, consentimiento y cesión de derechos para viajar fuera del área local cuando se participa en el programa de educación religiosa y el programa para jóvenes

Es requisito llenar y completar este formulario como parte del proceso de inscripción para la participación en todas las actividades de educación religiosa del programa de jóvenes que incluyan viajes, paseos o excursiones más allá del área local (se considera viaje fuera del área local cuando éste tiene más de 60 millas de distancia desde la escuela o parroquia). Tiene que ser usado en viajes con estadía nocturna.

Nombre de la Actividad: _____ (Referida mas Adelante coma la Actividad y descrita detalladamente a continuación)

(Por favor use letra imprenta)

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo Femenino/Masculino: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono del domicilio: (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____

Participante reside con (marque la alternative aplicable): Madre Padre Guardián(es) legal (es) _____

Custodia/Nombre de la persona que tiene la custodia: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono del domicilio: (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____

Teléfono de persona a contactar en caso de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono del domicilio: (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____

Segundo contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono del domicilio: (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____

PERMISIO DE PARTICIPACIÓN: Yo, la persona que firma este documento, declare que soy el padre o tutor legal del participante y autorizo para que a él/ella se le permita participar en la **Actividad** que se efectuará en **(localizada)** en _____ durante la fecha _____. Entiendo que si llegas el participante a demostrar mala conducta de acuerdo a las normas establecidas por _____ se le requerirá al participante abandonar la actividad y se harán los preparativos para retornarlo a su casa, con la consecuencia de ser sancionado disciplinariamente. Los gastos de retorno serán costeados enteramente por mi persona que firma y suscribe este document.

ARTÍCULOS PERDIDOS O ROBADOS: Entiendo y estoy de acuerdo que ni la diócesis de Tulsa y/yo **(escuela/parroquia católica de)** ni ninguno de sus respectivos empleados, directores, agentes, representantes, o voluntarios son responsables por la pérdida o robo de alguna propiedad personal del participante, durante **Actividad**.

INFORMACIÓN MÉDICA: ¿Tiene su niño(a) alguna condición médica especial (ejemplo: diabetes, epilepsia, problemas cardíacos, etc.)

Sí No **Sí** su respuesta es **afirmativa**, por favor, explicque y agregue las hojas que sean necesarias: _____

¿Sufré su niño(a) de algún tipo de alergia? (ejemplo: a picadas de insectos, fiebre de heno, a las fresas, a los cacahuates; etc.) Sí No

Sí la respuesta es afirmativa, por favor, explicque y agregue las hojas que sean necesarias: _____

¿Ha tenido su niño(a) algún tipo de reacción alérgia a algún medicamento? (Por ejemplo: a la penicilina, ibuprofen, acetaminofén, etc.?)

Sí No **Sí** la respuesta es **afirmativa**, por favor, explicque y agregue las hojas que sean necesarias: _____

Tiene su niño(a) alguna incapacidad física o limitaciones de desarrollo? Sí No **Sí** la respuesta es **afirmativa**, por favor, explicque y agregue las hojas que sean necesarias: _____

Médico del participante: _____ Teléfono: (____) _____

Compañía aseguradora: _____ Grupo#: _____ Póliza#: _____

Nombre de la persona asegurada: _____ Fecha en que el participante recibió la última vacuna contra el tétano: _____

_____ **(Iniciales del Padre/Tutor Legal)**

PEDIDO Y AUTORIZACIÓN PARA ADMINISTRAR MEDICINAS: Yo pido autorizo a los encargados de las Actividades que administren las medicinas nombradas a continuación, de la forma indicada:

Nombre de la Medicina **Dosis** **Frecuencia**

- 1. _____
- 2. _____

NOTA: TODAS LAS MEDICINAS QUE DEBEN SER TOMADAS O SUMINISTRADAS DEBEN SER PREPARADAS PREVIAMENTE Y PROVEIDAS EN EL ENVASE ORIGINAL DE LA FARMACIA, INCLUYENDO EN NOMBRE DEL PARTICIPANTE Y LAS INSTRUCCIONES DEL DOCTOR. (Agregué paginas extras si fuera necesario)

Yo **DOY** **NO DOY** mi permiso para que sean dados medicamentos sin prescripción (Como productos sin aspirinas Ej. Paracetamol o ibuprofeno, pastillas para la garganta, etc.) al participante en caso necesario y en forma indicada.

Firma del Pariente/Tutor: _____ **Fecha:** _____

PERMISO Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO: Yo, el padre o custodio/tutor legal del participante. Garantizo **que en lo mayor de mi conocimiento**, mi hijo(a) goza de buena salud y está capacitado(a) físicamente para participar en los programas de la **Actividad**. En caso de que el participante requiera atención médica inmediata, yo autorizo y doy permiso para que el participante sea transportado a un centro hospitalario para exámenes y servicios de emergencia medica o tratamiento quirúrgico, incluyendo exámenes necesarios de rayos-X. Yo autorizo a cualquier doctor licenciado o centro medico que proporcione el tratamiento medico necesario al participante. **Por lo tanto, yo asumo y acepto todos los gastos medicos y hospitalarios por el cuidado del participante.**

RENUNCIA A DEMANDAS CIVILES: Yo, en consideración de los arreglos aquí establecidos, por mi parte y en representación, del "participante", sus respectivos herederos, sucesores, beneficiarios y parientes más cercanos, declaro, notifico y acepto **NO DEMANDAR**, Católica de (**Escuela/Parroquia**), ni al Obispo de la Diócesis de Tulsa como tampoco a la Diócesis de Tulsa, ni a ninguno de sus respectivos departamentos, directores, administradores, maestros, oficiales, agentes, representantes, voluntarios y empleados. Declaro entonces, que renuncio a cualquier acción, reclamo y/o demanda derivadas a consecuencias de y sin limitación, de cualquier herida personal, daños materiales a la propiedad que yo y/o el participante pudiese sufrir a causa de una enfermedad o herida sufrida por mi niño(a) como resultado o vinculada en participación de la **Actividad** incluyendo la administración de medicamentos autorizados, tratamientos medico y cualquier consecuencia que proviniera como resultado del tratamiento, incluyendo sin limitación, viaje a la Actividad, estadía, local alimentación y entretenimiento colaterales en el Programa de ER/Jóvenes hasta la más completa extensión permitida por la ley.

USO DE RENUNCIA DE IMAGEN: Por la presente otorgo a la parroquia y/o la Diócesis de Tulsa permiso para utilizar la imagen de mi hijo y semejanza de cualquier emisión de televisión, fotografía, video, sitio de Internet, grabación de audio, y en todas y cada una de sus publicaciones, incluidas las entradas del sitio web (en un futuro "materiales promocionales") sin pago o cualquier otra consideración. Entiendo y acepto que estos materiales promocionales pasarán a ser propiedad de la parroquia y/o la Diócesis de Tulsa y no serán devueltos. Por este medio irrevocablemente autorizo la parroquia y/o la Diócesis de Tulsa a editar, modificar, copiar, exhibir, publicar o distribuir la imagen de mi hijo o instrumento semejante con propósitos de publicidad a/o la promoción de la parroquia y/o programas de la Diócesis de Tulsa, o por cualquier otro propósito legal. Además, renuncio el derecho de inspeccionar o aprobar el producto final, incluyendo copia escrita o electrónica, en la que aparece mi propia imagen de mi hijo. Además, renuncio a cualquier derecho a las regalías u otra compensación que surja o esté relacionada con el uso de los materiales de promoción.

_____ (Iniciales del Padre/Tutor Legal)

POLITICA DE CONDUCTA: Reconozco que estoy de acuerdo en comportarme de una manera consistente con las políticas de la **Escuela/Parroquia** y Diócesis de Tulsa y que el no hacerlo puede resultar en MI ser obligado a abandonar la Actividad de Jóvenes, y no se me permitirá participar en los programas y actividades futuras, a discreción de la parroquia, escuela y/o Diócesis de Tulsa. Entendiendo esto, me hijo y yo nos comprometemos a lo siguiente (**Padre/Participante 12 años de edad y mayor inicial cada uno**):

_____/_____/_____ Mi hijo no va a poseer, obtener, uso o abuso de alcohol, tabaco o y otras sustancias ilegales. Yo entiendo que la falta de cumplimiento a esta norma dará lugar a la expulsión inmediata de mi hijo de la actividad de jóvenes. También entiendo que si mi hijo es despedido, él o ella será enviado a casa al (o tutores de los padres) gasto mío. Además, entiendo que mi hijo puede ser obligado a dejar de participar en las actividades futuras de la juventud a la discreción de la parroquia, la escuela y/o la Diócesis de Tulsa.

_____/_____/_____ Mi hijo no va a poseer, obtener o usar un arma de cualquier tipo, incluidas las navajas de bolsillo. Yo entiendo que la falta de cumplimiento a esta norma dará lugar a la expulsión inmediata de mi hijo de la actividad de jóvenes. También entiendo que si mi hijo es despedido, él o ella será enviado a casa al (o tutores de los padres) gasto mío. Además, entiendo que mi hijo puede ser obligado a dejar de participar en las actividades futuras de la juventud a la discreción de la parroquia, la escuela y/o la Diócesis de Tulsa.

_____/_____/_____ Mi hijo mantendrá el decoro y la disciplina. Entiendo que, si se presenta un problema de disciplina y mi hijo está involucrado, mi hijo será despedido de inmediato de la actividad de jóvenes. También entiendo que si mi hijo es despedido, él o ella será enviado a casa al (o tutores de los padres) gasto mío. Además, entiendo que mi hijo puede ser obligado a dejar de participar en las actividades futuras de la juventud a la discreción de la parroquia, la escuela y/o la Diócesis de Tulsa.

YO HE LEÍDO Y COMPLETAMENTE LOS TÉRMINOS Y LAS CONSECUENCIAS DE MI EJECUCIÓN DE ESTE DOCUMENTO LEGAL DE DOS (2) PAGINAS DE CESIÓN DE DERECHOS Y LO FIRMO BAJO MI PROPIA VOLUNTAD Y EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES.

Firma del Participante: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Padre o Guardián legal (Por favor use letra imprenta): _____

Nombre del Padre Custodio/Guardián: _____ **Fecha:** _____