

CESION DE RESPONSABILIDAD Y FORMA PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO  
CODIGO DE CONDUCTA Y FORMA DE LIBERACION DE FOTOS Y DISTRIBUCIÓN DE INTERNE  
I.E. ZOOM, GO TO MEETING, SCHOOLGY, GOOGLE CLASSROOM, CUENTA DE REDES SOCIAL, etc.

**DIOCESIS DE SAN BERNARDINO** 1201 E. Highland Ave, San Bernardino, CA 92404-4641 (909) 475-5300  
**CATHOLIC MUTUAL GROUP** 1201 E. Highland Avenue, San Bernardino, CA 92404-3972 (909) 886-6001  
Santa Isabel de Hungría, 66700 Pierson Blvd., D.H.S., CA 92240 (760) 251-9268 /329-8794

CLASE DE FORMACIÓN DE FE

Por favor marque uno:

- Adulto (mayor de 18 años)  
 Joven (menor de 18 años)

POR FAVOR  
ESCRIBA EN  
LETRA  
DE MOLDE

Lugar: **Salones del Centro Guadalupano**  
Teléfono: (760) 251-9268 E-mail: [elizabethhungary.church@gmail.com](mailto:elizabethhungary.church@gmail.com)

Fecha y horario de la actividad: **Del 30 de septiembre del 2024 al 21 de Mayo del 2025**

Lunes y martes de 7:00 – 8:30 pm, / miércoles y jueves de 6:30 -8:00 pm

Cuota de Inscripción: \$50.00

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado de Escuela: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o Guardián: \_\_\_\_\_

# De teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ #Celular \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

En caso de una emergencia favor de llamar a: \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Doctor de la familia: \_\_\_\_\_ # de teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Numero de póliza: \_\_\_\_\_

Alergias/ problemas médicos/ incapacidad: \_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún medicamento con o sin receta médica? Escriba claramente (Si es necesario use otra hoja de papel)

Por favor indique si su hijo/a es alérgico a algún medicamento o comida: (Si es necesario use otra hoja de papel).

También entiendo que en el caso de que se requiera intervención médica, todo esfuerzo se hará para contactar a la persona que esta mencionada en esta forma. En el dado caso de que yo no pueda ser localizado/a en una emergencia durante las fechas del evento mencionadas en esta forma, yo le doy permiso al médico o dentista seleccionado por el líder del evento a hospitalizar, y asegurar tratamiento médico y/o inyección, anestesia, o cirugía que sea necesaria para mi hijo/a.

Entiendo que todas las precauciones de seguridad estarán en efecto a todo momento por: **Los Coordinadores de Formación de Fe, del Centro Guadalupano de la Parroquia Santa Isabel de Hungría**, (760) 251-9268 y sus agentes durante el evento y sus actividades. Entiendo la posibilidad de algún peligro imprevistos y sé que hay una posibilidad de riesgo inherente. **Estoy de acuerdo a no hacer responsables al Centro Guadalupano y a la Parroquia Santa Isabel de Hungría y a sus líderes, empleados y voluntarios** por daños causados, perdidas, enfermedades, o heridas incurridas por el sujeto mencionado en esta forma.

Yo entiendo que al firmar esta forma mi hijo/a y yo aceptamos cooperar y participar enteramente, que mi hijo/a y yo seremos respetuosos hacia la propiedad que visitemos, respetuosos a los vecinos, también demostraremos respeto por las leyes y practicaremos hábitos de seguridad a toda hora. Al no cumplir con el código de conducta mi hijo/a y yo sabemos que la acción apropiada tomará lugar y todo se arreglará para que nos podamos ir inmediatamente del evento.

Yo autorizo la elaboración de fotografías, películas cinematográficas, videos, grabación de voz, distribución de internet, uso de plataformas digitales seleccionadas por la parroquia: Zoom, Google Classroom u otra clase de conmemoración del dicho evento y la participación de mi hijo/a allí dentro, y la publicación y duplicación o cualquier otro uso de lo mismo. Yo renuncio a mis derechos de compensación o a cualquier derecho del que yo pueda limitar o controlar tal fabricación o uso.

Yo **SI autorizo** que se le tomen fotos, videos o cualquier clase de grabación de voz o distribución de internet de mi hijo/a y que puede participar en las sesiones Digitales ya mencionado en este documento. **Iniciales del Adulto:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Yo **NO autorizo** que se le tomen fotos, videos o cualquier clase de grabación de voz o distribución de internet de mi hijo/a y NO puede participar en las sesiones Digitales ya mencionado en este documento. **Iniciales del Adulto:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma del Padre/ Guardián es requerida para menores de 18 años

Fecha

Firma del Participante (Joven o Adulto)

Fecha

Información Personal

Consentimiento de tratamiento

Código de Conducta

Permiso Digital

Firma de Permiso