

CESION DE RESPONSABILIDAD Y FORMA PARA CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO

CODIGO DE CONDUCTA Y FORMA DE LIBERACION DE FOTOS Y DISTRIBUCIÓN DE INTERNE

le. Zoom, Go to Meeting, Schoology, 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
Iglesia Santa Isabel de Hungría
66700 Pierson Blvd., D.H.S., CA 92240 (760) 251-9268 /329-8794 -Email :elizabethhungary.church@gmail.com

Información Personal

CLASE DE FORMACIÓN DE FE

Lugar: Salones del Centro Guadalupano

Por favor marque uno:

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

Fecha y horario de la actividad: _____

Cuota de inscripción: _____

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado de Escuela: _____ Edad: _____

Nombre del padre/madre o Guardián: _____ # De Tel 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 queyo 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

Consentimiento de tratamiento

Código de Conducta

Permiso Digital

Firma de Permiso