

Pastoral Juvenil Hispana - Diócesis de Sacramento
Formulario para los Jóvenes
Menores de 18 años

(Este formulario de consentimiento e información médica para los jóvenes menores de edad que ayudan o participan en la Pastoral Juvenil Hispana de la Diócesis de Sacramento. No es para el uso de las escuelas católicas o programas parroquiales de educación religiosa. Este formulario estará efectivo por un año desde el día en que los padres o guardianes legales la hagan firmado.)

Use letra de molde

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padres / Guardián Legal: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de la casa (incluya el código de área): _____

Número de teléfono del trabajo (incluya el código de área): _____

ASUNTOS MÉDICOS

Yo, (nombre padres/guardián legal) _____, por la presente autorizo a mi hijo/a _____ participe en los eventos auspiciados por la Pastoral Juvenil de la Diócesis de Sacramento.

(De las siguientes declaraciones relacionadas a los asuntos Médicos firme solamente lo que correspondan con sus deseos.)

TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

En el evento de emergencia, por la presente autorizo a la Diócesis de Sacramento, parroquias dentro de la diócesis, y sus empleados, agentes, representantes y voluntarios de transportar a mi hijo/hija a una facilidad médica de emergencia, dental o para tratamiento quirúrgico. Por la presente doy el consentimiento a los individuos ya referidos de autorizar tratamiento de emergencia para mi hijo/hija. Deseo que se me avise antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o doctor. Conuerdo de proveer a la Pastoral Juvenil Hispana con el activo número de teléfono en donde se me pueda contactar incluyendo número de teléfono del celular y los nombres y números de teléfono de individuos quienes son probable de saber donde se me puede contactar.

NOMBRE _____ Su RELACIÓN al Joven _____

TELÉFONO (incluya el código de área) _____

DOCTOR DE LA FAMILIA _____ TELÉFONO (incluya el código de área) _____

PORTADOR DEL SEGURO MÉDICO _____

NÚMERO DE PÓLIZA _____

(1) FIRMA: _____ FECHA: _____

OTROS TRATAMIENTO MÉDICOS

En caso que venga a la atención de la Diócesis de Sacramento, o cualquiera de sus empleados, agentes, representantes, voluntarios o chaperones de cualquiera parroquia, que si mi hijo/hija llegará a estar enfermo/a con síntomas tales como dolor de cabeza, vomito, fiebre, diarrea, quiero que se me comuniquen por medio de una llamada a cobrar (con cargas telefónicas invertidas a mi teléfono)

(2) FIRMA: _____ FECHA: _____

MEDICINAS

Mi hijo/hija presentemente esta tomando medicamentos. Mi hijo/hija traerá tales medicinas necesarias y serán bien marcadas. Nombres de las medicinas y direcciones concisas para tomar tales medicinas, inclusive la dosis y la frecuencia son las siguientes:

Doy permiso al chaperón asignado para que suministre las medicinas.

(3) FIRMA _____ FECHA _____

Ninguna medicina de cualquier tipo sin la prescripción o sin prescripción pueden ser administradas a mi hijo/hija a menos que la situación sea amenazante de muerte y el tratamiento de emergencia lo requiere.

(4) FIRMA _____ FECHA _____

Por la presente otorgo permiso para que medicinas sin prescripción (tales como aliviadores de dolor sin aspirina, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) sean dadas a mi hijo/hija, si es necesario a la discreción de el/la chaperón asignada por la Pastoral Juvenil Hispana.

(5) FIRMA _____ FECHA _____

INFORMACIÓN MÉDICA ESPECÍFICA: La Diócesis de Sacramento tomará el cuidado razonable para que esta información sea contenida en confianza.

Reacciones Alérgicas (Medicinas, comidas, plantas, insectos, etc.)

Inmunizaciones: Date of last tetanus / diphtheria immunization

Medicinas que mi hijo/hija esta tomando actualmente

¿Tiene el/la joven una dieta prescrita medicamente?

¿Tiene alguna limitación o condición física médica especial?

¿El/la joven es sujeto/a HOMESICKNESS, reacciones emocionales a situaciones nuevas, insomnio, mojar la cama, desmayo?

¿Haz sido usted expuesto/a recientemente a la enfermedades o condiciones contagiosas tales como MUMPS, MEASLES, CHICKEN POX? Si ese es el caso, la fecha y la enfermedad o condición?

Línea 1: Debe usted saber también sobre estas condiciones médicas especiales.

Línea 2: continuación, condiciones físicas médicas especiales.

TRANSPORTACIÓN

Doy permiso para que mi hijo/hija _____ sea transportado y/o del programa, evento y actividades de la Pastoral Juvenil Hispana en vehículos manejados por un chaperón adulto asignado por la Pastoral Juvenil Hispana de acuerdo a las pautas diocesanas.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Por el poder otorgado, me represento como el padre custodial de mi hijo/hija y concuerdo a favor de mi persona y del otro padre de mi hijo/hija.

(Nombre del Padre)

(if known or living), mi hijo/hija denominadas nuestro/a heredero/a, sucesores, asignados, para siempre librar descargar defender y tener inofensivo a la DIÓCESIS DE SACRAMENTO, parroquias de la Diócesis, la oficina de la Pastoral Juvenil, sus empleados, oficiales, directores, agentes, voluntarios, patrocinadores, promotores y afiliados, de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, pérdida, daños, costo o gastos que puedan hacer o pueden ser causados por mi parte o del otro padre de mi hijo/hija, o por parte de mi hijo/hija contra la DIÓCESIS DE SACRAMENTO, parroquias de la Diócesis , la oficina de la Pastoral Juvenil, sus empleados, oficiales, directores, agentes, voluntarios, patrocinadores, promotores y afiliados. Renuncio para siempre de hacer cualquier reclamo que pueda surgir contra cualquiera con las personas y organización directamente o indirectamente de , o atribuible en alguna manera legal, a cualquier acción u omisión al acta de cualquier persona u organización ya mencionada.

Entiendo completamente la consecuencia de las declaraciones y firme este **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/FORMULARIO/TRANSPORTACIÓN/DESCARGO LEGAL** conscientemente, libremente y dispuestamente. **(Su firma debe aparecer abajo o su hijo/hija no será permitido a tomar parte en el evento de la Pastoral Juvenil Hispana.)**

(6) FIRMA _____ FECHA _____

JOVEN:

Comprendo y concuerdo que mi padre o el guardia legal serán notificados cuando suceda alguna infracción que requiera mi suspensión de participar en el programa, evento, actividad, de la Pastoral Juvenil Hispana, que por lo cual será enviado a casa con o sin padres o guardia legal y ellos serán responsables por los gastos al encontrarme alguna bebida alcohólica, drogas o armas será causas para la expulsión automática de cualquier programa evento o actividad de la Pastoral Juvenil. Concuerdo apoyar y EXEMPLIFY valores y moral católicos positivos en todos los programas, eventos y actividades de la Pastoral Juvenil Hispana.

(Su firma debe aparecer abajo o su hijo/hija no será permitido a tomar parte en el evento de la Pastoral Juvenil Hispana.)

(7) FIRMA _____ FECHA _____

Favor de entregar este formulario a :