

# DIOCESIS DE BOISE PERMISO POR ESCRITO PARA EL ADULTO

Evento: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE del ADULTO: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que en el caso que yo sea lastimado como resultado de mi participación dentro de las actividades arriba mencionadas, incluyendo el transporte de ida y de vuelta, causada o no por la negligencia (activa o pasiva) del programa de actividad juvenil de la parroquia /colegio o diócesis, o por cualquiera de sus agentes o empleados, la responsabilidad por el pago de cualquier gasto incurrido por el hospital, el medico u otros gastos relacionados, serán primeramente aplicados a cualquier forma de seguro de hospital, medico o accidente, o de cualquier otro plan de beneficios, lo cual pertenece a mi o a mi esposa /esposo.

**No tengo conocimiento de ninguna condición médica mía que me impida la participación en cualquier actividad.**

Yo, por este formulario, doy mi permiso a las personas supervisoras responsables que elijan servicio medico en el caso que un servicio medico sea necesario de acuerdo al medico, enfermera o dentista presente dentro de la posible situación.

A los participantes se les comunica que las fotos y/o videos que se tomen de los participantes pueden ser utilizados en publicaciones, sitios web u otros materiales producidos periódicamente por la Diócesis de Boise, por la Oficina de Catequesis o las parroquias locales. (Los participantes no serán identificados sin un previo consentimiento por escrito). Los adultos que no deseen ser fotografiados o filmados deben notificar por escrito a la parroquia o a la Oficina de Catequesis de la Diócesis. Tenga en cuenta que la Oficina de Catequesis no tiene control sobre el uso de las fotos y grabaciones tomados por los medios de comunicación que pudieran estar cubriendo el evento en el cual usted participa.

Yo entiendo que durante la conferencia sere transportado a por medio de un vehículo privado para ir y volver del sitio.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## **HISTORIA MEDICA PARA EL HOSPITAL O MEDICO**

Alergias/Añada cualquier restricción alimenticia: \_\_\_\_\_

Medicamento actualmente recetados: \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna del Tétano: \_\_\_\_\_

Incapacidades físicas: \_\_\_\_\_

Otros hechos importantes que el médico debe saber: \_\_\_\_\_

Por favor marque la que aplique:

\_\_\_ Estoy cubierto/a por un seguro medico bajo el número de póliza siguiente: \_\_\_\_\_

Dada por \_\_\_\_\_ El nombre del titular es \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. El doctor familiar es \_\_\_\_\_

y puede ser contactado al número \_\_\_\_\_

Información de Persona en caso de Emergencia:

Nombre de Persona en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Número del Celular: \_\_\_\_\_

—This form should be kept on file by the parish Coordinator of Youth Ministry./ Esta forma debe permanecer archivada por el Coordinador de Pastoral Juvenil Parroquial.—