



Información Médica y Formulario de Consentimiento del Padre/Tutor/ Exención de Responsabilidad

Nombre del participante: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Apellido: _____

Domicilio: _____

Número telefónico del domicilio: _____

Teléfono Celular del Padre/Tutor: _____

Nombre del ministro de jóvenes: _____ Apellido: _____

Teléfono celular del ministro de jóvenes: _____

Yo, _____ (nombre del padre/tutor) otorgo permiso para que mi hijo,
_____ (nombre del niño) participe en este evento diocesano parroquial/escolar que
requiere transporte a un lugar fuera de la parroquia/escuela. Esta actividad se llevará a cabo bajo la guía y dirección de
los empleados y/o voluntarios de la parroquia/escuela _____ (nombre de la parroquia/escuela).

Una breve descripción de la actividad a continuación:

Tipo de evento: _____

Fecha del evento: _____

Destino del evento: _____

Persona a cargo del grupo: _____

Fecha y hora estimada de salida: _____

Fecha y hora estimada de regreso: _____

Modo de transporte desde y hacia el evento: _____

Como padre y/o tutor legal, permanezco legalmente responsable por cualquier acción personal tomada por el menor antes mencionado ("participante").

En mi nombre, el de mi hijo nombrado en este documento, o en el de nuestros herederos, sucesores y causahabientes estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad y defender a
_____ (nombre de la parroquia/escuela), a sus funcionarios, directores, empleados y agentes,

y a la Diócesis de Boise, sus empleados y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento, de cualquier reclamación que surja debido a o en conexión con mi hijo que asiste al evento, o en conexión con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con la misma, y estoy de acuerdo en compensar a la parroquia/escuela, a sus funcionarios, directores y agentes, y a la Diócesis de Boise, sus agentes y chaperones, o representante asociado con el evento por honorarios y gastos razonables de abogados a los que se pueda incurrir en cualquier acción contra ellos como consecuencia de dicha lesión o daño, a menos que surja dicha reclamación de la negligencia de la parroquia/escuela o de la Diócesis de Boise.

Firma: _____ Fecha: _____

Asuntos Médicos: Por la presente garantizo que hasta donde tengo conocimiento, mi hijo está en buen estado de salud y asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo.

--- De las siguientes afirmaciones relacionadas con asuntos médicos, firmar sólo aquellas que son aplicables. ---

Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de una emergencia, por la presente doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser informado con anterioridad sobre cualquier tratamiento adicional a llevarse a cabo por el hospital o el médico. En caso de una emergencia, si no puede ponerse en contacto conmigo en los números anteriores, póngase en contacto con:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Doctor familiar: _____ Teléfono: _____

Seguro Médico Familiar: _____ Póliza #: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Otro Tratamiento Médico: En caso de que llegue a ser del conocimiento de la parroquia/escuela, de sus funcionarios, directores y agentes, y de la Diócesis de Boise, chaperones o representantes asociados con la actividad, que mi hijo se ha enfermado con síntomas tales como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre y diarrea; deseo ser llamado por cobrar (los gastos telefónicos serán cubiertos por mí).

Firma: _____ Fecha: _____

Medicamentos: Mi hijo está tomando medicamentos en la actualidad. Mi hijo traerá tales medicamentos necesarios y estos medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para asegurarse que el niño toma este tipo de medicamentos, incluyendo dosis y frecuencia de su administración, son los siguientes:

Firma: _____ Fecha: _____

Ningún medicamento de cualquier tipo, ya sea con receta o sin receta, se puede administrar a mi hijo a menos que la situación sea de vida o muerte y se requiera tratamiento de emergencia.

Firma: _____ Fecha: _____

Doy permiso para dar medicamentos sin receta médica (es decir, productos que no contengan aspirina, como acetaminofén o ibuprofeno, pastillas para la garganta o jarabe para la tos) a mi hijo, si se considera apropiado.

Firma: _____ Fecha: _____

Información Médica Específica: La parroquia/escuela tomará las precauciones a su alcance para ver que la siguiente información se manejará en confidencia.

Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.): _____

Vacunas: Última fecha de la vacuna del tétanos/difteria: _____

¿Tiene el niño alguna dieta por prescripción médica? _____

¿Tiene el niño alguna limitación física? _____

¿Es el niño propenso a la nostalgia crónica, a reacciones emocionales ante situaciones nuevas, al sonambulismo, enuresis nocturna (a mojar la cama) o a desmayos?

¿Ha sido su hijo recientemente expuesto a una enfermedad o condiciones contagiosas, tales como las paperas, el sarampión, la varicela, etc.? Si es así, liste la fecha y la enfermedad o condición: _____

Usted deberá tener en cuenta estas condiciones médicas particulares de mi hijo: _____

Fotografías y vídeos: Se informa a los padres/tutores de los participantes que las fotografías o video de los participantes pueden ser utilizados en publicaciones, sitios web u otros materiales producidos periódicamente por la Diócesis de Boise o parroquias locales. (Los participantes no serán identificados sin consentimiento específico por escrito. Los padres/tutores que no deseen que su hijo(a) sea fotografiado(a) o filmado(a) debe notificarlo a la parroquia/diócesis de Boise por escrito. Tenga en cuenta que la Diócesis de Boise no tiene control sobre el uso de fotografías o películas tomadas por los medios de comunicación que puedan estar cubriendo el evento en el que su hijo(a) participe.
