

Autorización, consentimiento y cesión de derechos para el programa de educación religiosa y el programa para jóvenes

Esta forma o formulario debe ser llenado y completado como parte del proceso de inscripción para la participación en las actividades de educación religiosa y el programa para jóvenes.

(Por favor use letra imprenta)

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo Femenino/Masculino: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono del domicilio: (____) _____

Participante reside con(marque la alternativa aplicable): Madre _____ Padre _____

Guardián(es) legal (es) _____

Custodia /Nombre de la persona que tiene la custodia _____

Dirección del domicilio: _____ Ciudad/Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono del domicilio:(____) _____ Trabajo (____) _____

Celular (____) _____

Teléfono de persona a contactar en caso de emergencia: _____

Relación: _____

Teléfono del domicilio: (____) _____

Celular: (____) _____

Segundo contacto en caso de emergencia: _____

Relación: _____

Teléfono del domicilio: (____) _____

Celular: (____) _____

PERMISO DE PARTICIPACIÓN: Yo, la persona que firma este documento, declaro que soy el padre o tutor legal del participante y autorizo para que él/ella se le permita participar en el programa de educación religiosa y el programa para jóvenes que se efectuará en **Holy Family** durante el **2017-2018**. Entiendo que el programa consiste en sesiones semanales y otras actividades relacionadas con el Programa.

ARTÍCULOS PERDIDOS O ROBADOS: Entiendo y estoy de acuerdo que ni la Arquidiócesis de Oklahoma City y/o parroquia/escuela católica de **Holy Family**, ni ninguno de sus respectivos empleados, directores, agentes, representantes o voluntarios son responsables por la pérdida o robo de alguna propiedad personal de mi niño(a) o mía, durante la participación en el de educación religiosa y el programa para jóvenes.

INFORMACIÓN MÉDICA: ¿Tiene su niño(a) alguna condición médica especial

(ejemplo: diabetes, epilepsia, problemas cardíacos, etc.) _____ Sí _____ No

Sí su respuesta es afirmativa, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias: _____

¿Sufre su niño(a) de algún tipo de alergia? (ejemplo: a picadas de insectos, fiebre de heno, a las fresas, a los cacahuates; etc.) _____ Sí _____ No Si la respuesta es afirmativa, por favor, explique (agregue las hojas que sean necesarias): _____

¿Ha tenido su niño(a) algún tipo de reacción alérgica a algún medicamento? (Por ejemplo: a la penicilina, ibuprofen, acetaminofén, etc. _____ Sí _____ No Sí la respuesta es afirmativa, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias _____

Tiene su niño(a) alguna incapacidad física o limitaciones de desarrollo? ___Sí ___No
Sí la respuesta es afirmativa, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias _____

Fecha en que el participante recibió la última vacuna contra el tétano: _____
Médico del participante: _____ Teléfono: _____
Compañía aseguradora: _____
Grupo #: _____ Póliza #: _____
Nombre de la persona asegurada: _____

_____ **(Iniciales del Padre/Tutor Legal)**

Como regla, ningún medicamento será administrado por el personal del programa de educación religiosa o el programa para jóvenes en cualquier actividad extendida o con pernoctación. Si alguna medicación es requerida se debe firmar y llenar completamente la autorización, consentimiento y cesión de derechos para tratamiento médico antes de cualquier actividad.

PERMISO Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO: Soy el padre o custodio / tutor legal de (nombre del participante) _____. Garantizo que hasta donde llegan mis conocimientos, mi hijo(a) goza de buena salud y está capacitado(a) físicamente para participar en las actividades del Programa de Educación Religiosa y el Programa para Jóvenes. En caso de que el participante requiera atención médica inmediata, yo autorizo y doy permiso para que el participante sea transportado a un centro hospitalario y allí le sean suministrados la evaluación o servicios de emergencia. Por lo tanto, queda entendido que doy autorización al médico o centro hospitalario para que den tratamiento al participante, incluyendo tratamiento quirúrgico y rayos X. Por lo tanto, asumo y acepto toda responsabilidad por el estado de salud y condición física del participante, así como su capacidad para participar en este Programa.

RENUNCIA A DEMANDAS CIVILES: En consideración de los arreglos aquí establecidos, el que suscribe, en su propia representación, como del "participante", sus respectivos herederos, sucesores, beneficiarios y parientes más cercanos, declaro, notifico y acepto a NO DEMANDAR a la parroquia Católica de **Holy Family**, ni al Arzobispo de la Arquidiócesis de Oklahoma City como tampoco a la Arquidiócesis de Oklahoma City, ni a ninguno de sus respectivos departamentos, directores, administradores, maestros, oficiales, agentes, representantes, voluntarios y empleados. Declaro entonces, que renuncio a cualquier acción, reclamo y demanda derivadas a consecuencias de y sin limitación a, de cualquier herida personal, daños materiales a la propiedad que yo y/o mi niño(a) pudiese sufrir a causa de una enfermedad o herida sufrida por mi niño(a) como resultado de su participación en el Programa de ER/Jóvenes hasta la más completa extensión permitida por la ley.

HE LEIDO Y COMPRENDO ESTE CONSENTIMIENTO Y FORMULARIO DE CESIÓN DE DERECHOS Y LO FIRMO COMPLETAMENTE BAJO MI PROPIA VOLUNTAD.

Nombre del Padre o Guardián legal (Por favor use letra imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

TODOS LOS PARTICIPANTES DE 14 AÑOS DE EDAD O MAYORES DEBEN LEER Y FIRMAR LA DECLARACIÓN SIGUIENTE:

Reconozco y estoy de acuerdo en que debo conducirme de una manera consistente y coherente con las normas de la parroquia/ escuela católica _____. De lo contrario, puede resultar que me sea requerido dejar el programa de educación religiosa o el programa para jóvenes, esto de acuerdo a la discreción de la parroquia/escuela.

Firma del Participante: _____ Fecha: _____