



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

1. Nombre de Participante

Nombre del participante

Apellido del participante

Fecha de nacimiento

2. Información del Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor

Apellido del Padre/Tutor

Dirección

Ciudad

Estado Código Postal

Teléfono Primario

Teléfono Alternativo

Email

3. Ministro de Jóvenes (si es aplicable)

Nombre del Ministro de Jóvenes

Apellido del Ministro de Jóvenes

Celular del Ministro

4. Permiso para Participar

Yo, _____ otorgo permiso para que mi hijo/a, _____
(Nombre del Padre/Tutor) (Nombre del participante)

participe en este evento diocesano parroquial/escolar/ministerio 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/Ministerio de _____.

(Nombre de la Parroquia/Escuela/Ministerio)

na breve descripción de la actividad a continuación:

Tipo de evento:

Fecha del evento:

Locación del event:

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/Ministerio)

a sus funcionarios, directores, empleados y agentes, y a la Diócesis de Spokane, 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 Spokane, 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 Spokane.

Firma

Fecha

5. Tratamiento Médico y Asuntos Médicos

5.1 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. En caso de una emergencia o una enfermedad de mi hijo, por la presente doy permiso para tomar medidas sanitarias pertinentes, incluyendo el transporte de mi hijo a un hospital para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico de emergencia, si es necesario. Deseo ser informado inmediatamente de tales acciones, y antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico. En caso de una emergencia o enfermedad, si no puede ponerse en contacto conmigo en los números anteriores, póngase en contacto con:

Nombre de Contacto de Emergencia

Tel.

Relación

Nombre del Doctor Familiar

Teléfono del Doctor

Seguro Médico Familiar

Póliza #

Firma

Fecha

5.2 ¿Está tomando medicamentos en la actualidad?
Si es así, por favor lea y firma la siguiente:

No Sí

Yo entiendo que 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:

Nombre de Medicamento	Dosis	Frecuencia de su Administración	Otra
-----------------------	-------	---------------------------------	------

Firma

Fecha

Elegir y firmar SOLO UNA de las siguientes opciones:

5.3a 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

O

5.3b 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

Por favor, responde a cada pregunta a continuación.

La Parroquia/Escuela/Ministerio tomará las precauciones a su alcance para ver que la siguiente información se manejará en confidencia.

5.4 Por favor describe las reacciones alérgicas que tiene su hijo y su gravedad.

	<u>No</u>	<u>Sí</u>	<u>Alérgeno</u>	<u>¿Amenaza la Vida?</u>
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Plantas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>

5.5 Por favor ponga la última fecha de la vacuna del tétanos/difteria: _____

5.6 ¿Tiene el niño alguna dieta por prescripción médica? No Sí
Si es así, por favor describa:

5.7 ¿Tiene el niño alguna limitación física que impida que él/ella de participar en actividades físicas normales? No Sí
Si es así, por favor describa:

5.8 ¿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? No Sí
Si es así, por favor describa:

5.9 ¿Ha sido su hijo recientemente expuesto a una enfermedad o condiciones contagiosas, tales como las paperas, el sarampión, la varicela, etc.? No Sí
Si es así, liste la fecha y la enfermedad o condición:

5.10 ¿Tiene su hijo cualquier otra condición médico de la cual los coordinadores de este evento deberían ser consciente? No Sí
Si es así, por favor describa:

6. Fotografías y videos

Yo soy consciente que las fotografías o video de los participantes pueden ser utilizados en publicaciones, sitios web, u otros materiales producidos periódicamente por la Diócesis de Spokane y/o parroquias locales. Los participantes no serán identificados por nombre sin consentimiento específico por escrito. Yo reconozco que si no deseo que mi hijo(a) sea fotografiado(a) o filmado(a), yo lo notificaré a la parroquia y/o la Diócesis de Spokane por escrito. Reconozco que la Diócesis de Spokane y/o las parroquias no tienen 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.

Firma: _____ Fecha: _____