



# DIOCESE OF YAKIMA

## QUO VADIS DAYS

DISCERNIMIENTO VOCACIONAL PARA JOVENES

FORMULARIO DE REGISTRACIÓN



Corporation of the Catholic Bishop of Yakima  
5301-A Tieton Drive  
Yakima, Washington 98908



# QUO VADIS DAYS

## REGISTRATION FORM FORMA DE REGISTRACIÓN

### YOUTH PARTICIPANT TO COMPLETE THIS FORM

**Please print / Por favor imprime**

Participant's name/ Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Age/ Edad: \_\_\_\_\_

Size of Shirt/ Talla de Camiseta (S, M, L, XL): \_\_\_\_\_

E-mail/ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

School/ Escuela: \_\_\_\_\_

Grade/ Grado: \_\_\_\_\_

Home phone/ Teléfono: \_\_\_\_\_

Cell/ Celular: \_\_\_\_\_

### **PARISH INFORMATION/ INFORMACIÓN DE SU PARROQUIA**

Parrish/ Parroquia: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_

Pastor's Signature/ Firma del Pastor: \_\_\_\_\_

Why do you want to come to the retreat? / ¿Porque quieres asistir al retiro?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**YOUTH - Participant Signature/ JOVEN - Firma del Participante:** \_\_\_\_\_

**Date/Fecha:** \_\_\_\_\_

**Please return this REGISTRATION FORM to Daniel Sanchez  
Diocese of Yakima 5301-A Tieton Drive, Yakima, WA 98908**

# INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES/RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

## VIAJE DE ESTUDIO

Nombre de participante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre de padres/tutores: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso para que mi hijo/a, \_\_\_\_\_

Nombre de padre o tutor

Nombre de hijo

que participe en este evento de la parroquia/escuela que requiere el transporte fuera del sitio de la parroquia/escuela.

Esta actividad se llevará a cabo bajo la orientación y dirección de los empleados y voluntarios de la

parroquia/escuela de \_\_\_\_\_.

Nombre de parroquia/escuela

Sigue una breve descripción de la actividad:

Tipo del evento: Retiro \_\_\_\_\_

Fecha del evento: lunes 29 de julio a miércoles 31 de julio \_\_\_\_\_

Destino del evento: Campamento Koinonia, Cle Elum \_\_\_\_\_

Individuo responsable: Seminarista Daniel Sánchez \_\_\_\_\_

Hora estimada de salida y de regreso: Más detalles en el mes de julio \_\_\_\_\_

Medio de transporte hacia y desde el evento: Autobús \_\_\_\_\_

Como padre y/o tutor legal, continúo siendo legalmente responsable por las acciones personales realizadas por el menor antes mencionado (“participante”).

Estoy de acuerdo en mi nombre, mi hijo antes mencionado, nuestros herederos, sucesores y beneficiarios a absolver (relevar) de responsabilidades y defender a \_\_\_\_\_,

Nombre de Parroquia/Escuela

sus funcionarios, directivos, empleados y agentes de la Archi/Diócesis de \_\_\_\_\_, sus empleados, acompañantes, y representantes que están vinculados con el evento o en conexión con una enfermedad o lesión (incluyendo muerte) o costos de tratamiento médico en conexión con el mismo, y estoy de acuerdo a compensar la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos, agentes, y a la Archi/Diócesis de \_\_\_\_\_, sus empleados, acompañantes, agentes y representantes que están vinculados con el evento por los honorarios razonables de abogado y gastos en que pueda incurrir en cualquier acción contra ellos como resultado de tales lesiones o daño, a menos que tal relamo resulte por la negligencia de la parroquia/escuela o la Archi/Diócesis de \_\_\_\_\_.

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

**ASUNTOS MÉDICOS:** Por la presente, garantizó que a lo mejor de mi conocimiento, mi hijo se encuentra en buen estado de salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. (De las siguientes declaraciones relacionadas con los asuntos médicos, firme sólo las que son aplicables.)

*Tratamiento médico de emergencia:* En el caso de una emergencia, doy permiso a transportar mi hijo a un hospital para el tratamiento médico de emergencia o tratamiento quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier

tratamiento adicional por el hospital o médico. En el caso de una emergencia, si Ud. no puede ponerse en contacto conmigo en los números antedichos, póngase en contacto con:

Nombre y relación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Compañía de plan de salud familiar: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Otro tratamiento médico:* En el caso de que llegué a la atención de la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos, agentes y la Archi/Diócesis de \_\_\_\_\_, acompañantes o representantes que están vinculados con la actividad, que mi hijo se sienta mal (enferme) con síntomas como dolor de la cabeza, vómito, dolor de la garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llamen por cobrar (con cargos telefónicos invertidos para mí).

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

Medicamentos: Mi hijo está tomando medicamento en este momento. Mi hijo traerá todos los medicamentos necesarios, y tales medicamentos deberán llevar una etiqueta que indique claramente su contenido. Nombres de los medicamentos y instrucciones precisas para asegurar que el niño tome tales medicamentos, incluyendo la dosis y frecuencia de la dosis, son los siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Ningún medicamento de cualquier tipo, con ó sin receta médica puede ser administrado a mi hijo a menos que la vida de mi hijo corra peligro y se requiera tratamiento de emergencia.

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

Por lo presente, doy permiso para administrar medicamentos sin receta médica (como productos que no contienen aspirina, por ejemplo paracetamol o ibuprofeno, pastilla para la garganta, y jarabe para la tos) deben darse a mi hijo, si considera apropiado.

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

*Información médica específica:* La parroquia tomara precauciones razonables para asegurarse que la siguiente información sea mantenida en confidencialidad.

Reacciones alérgicas (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.): \_\_\_\_\_

Inmunizaciones: Fecha de última inmunización de tétanos/difteria: \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño/a una dieta médicamente recetada? \_\_\_\_\_

¿Hay limitaciones físicas? \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño/a nostalgia crónica, reacciones emocionales a situaciones nuevas, sonambulismo, incontinencia durante la noche (moja la cama) o desmayos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha estado expuesto recientemente el niño/a a condiciones ó enfermedades contagiosas como las paperas, el sarampión, la varicela? En caso afirmativo, escriba la fecha y la enfermedad o condición:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas de mi hijo/a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_