

**Diócesis Católica de Fort Worth y/o Parroquia de Inmaculada Concepcion (ICC)**  
**Programa(s) de la Pastoral con Adolescentes**  
**Padre/guardián/conservador permiso y liberación de responsabilidad**

Nombre del joven: \_\_\_\_\_

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

Nombre del padre/guardián/conservador: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia - Nombre: \_\_\_\_\_

Relación a mi hijo(a) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Teléfono celular: ( ) \_\_\_\_\_ ¿Usa mensajes de texto? Si No

**Información de Liberación de responsabilidad e indemnización:**

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

*Nombre de Padre/ Guardián/ Conservador*

*Nombre del Participante*

participe en los programas y actividades de la Pastoral con Adolescentes de la Parroquia de ICC empezando el 1er día de Junio \_\_\_\_\_, 2010 y continuando hasta el 31 de Mayo \_\_\_\_\_, 2011. Estos programas y actividades se llevarán a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados y/o voluntarios de la parroquia de ICC y/o la Diócesis de Fort Worth. Esta forma de indemnidad se pondrá en el archivo y acompañará a su hijo(a) a cualquier y a todo programa de actividades de la Diócesis de Fort Worth y/o Parroquia de ICC. La forma de Consentimiento de Participar/Consentimiento para tratamiento de emergencia (forma B) debe ser entregada junto con esta forma para cada programa y/o actividad.

Yo entiendo de que como padre/guardián/conservador legal, soy responsable por cualquier acción personal tomada por mi hijo(a) nombrada(o) arriba.

Por mi parte y por parte de mi hijo(a) aquí nombrado, nuestros herederos, y sucesores y apoderados acepto no hacer responsable a la Diócesis de Fort Worth y/o a la parroquia de ICC y sus empleados y/o voluntarios de cualquier y todo reclamo por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico relacionados con la participación de mi hijo(a) en los diversos programas y actividades durante las fechas nombradas arriba (a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la Diócesis y/o la parroquia).

En el evento en que se lleve a cabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de los acuerdos, se está de acuerdo de que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todo costo de corte razonable, cuota razonable del abogado y otros gastos incurridos por la parte ganadora.

**Liberación promocional**

Yo también doy mi consentimiento (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse de recibo al: The Catholic Center, 800 West Loop 820 South, Fort Worth, TX 76108, ATTN: Director de la Pastoral con Adolescentes y Catequesis) para el uso de cualquier video, fotografías, audio tape, o cualquier otra reproducción visual o auditiva por la Diócesis de Fort Worth en las que Mi hijo/hija pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales se usan para la promoción de la Pastoral con adolescentes de la Diócesis de Fort Worth y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

\_\_\_\_\_  
*Firma del padre/guardian/conservador*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

FAVOR DE ENTREGAR UNA FOTOCOPIA DEL SEGURO DE SU (HIJO (A) O llene LA INFORMACION QUE SE PIDE ABAJO.

NOMBRE DEL PARTICIPANTÉ \_\_\_\_\_

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ # de póliza: \_\_\_\_\_

Numero de identificación de seguro: \_\_\_\_\_

# de seguro social : \_\_\_\_\_

**Medicamentos: Marque todas las que apliquen – Nota: NO MARQUE TODAS LAS OPCIONES, YA QUE UNA OPCION PUEDE CANCELAR OTRA OPCION.**

MI HIJO(A) NO TOMA NINGÚN MEDICAMENTO Y NO TRAERÁ CON ÉL/ELLA NINGÚN MEDICAMENTO.

Mi hijo(a) toma medicamentos y puede administrar el medicamento por si mismo. Mi hijo(a) traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a mi hijo(a) entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar los medicamentos. Además entiendo de que será la responsabilidad de mi hijo(a) presentarse en el lugar asignado para recibir su medicamento(s) con la frecuencia/horario indicado abajo. Yo entiendo que el adulto al que mi hijo(a) le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Mi hijo(a) regresará el medicamento(s), después que él/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de mi hijo(a) de recoger cualquier medicamento, si queda alguno, en el lugar designado para la administración del medicamento. Nombres de los medicamentos, la dosis exacta, y la frecuencia/tiempo están escritas abajo: (Si necesita más espacio, use otra hoja, fírmela y fíchela).

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

MI HIJO/HIJA TOMA MEDICAMENTO(S) PERO NO SE LOS PUEDE ADMINISTRAR. EL PADRE/GUARDIÁN/CONSERVADOR DEL HIJO/HIJA PROPORCIONARÁ Y DISPENSARÁ CUALQUIER Y TODO MEDICAMENTO(S).

Ningún medicamento de cualquier tipo, sea recetado o no recetado, será administrado a mi hijo/hija a menos que sea una situación de vida o muerte y tratamiento de emergencia sea requerido.

Yo doy permiso para que los siguientes medicamentos no recetados se le den a mi hijo(a)

**(EXCLUYENDO MEDICAMENTOS NOM BRADOS ABAJO QUE PUEDEN CAUSAR UNA REACCION ALERGICA).**

Medicamento de alivio para el dolor sin aspirina Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ # de pastillas por dosis \_\_\_\_\_ Pastilla para la garganta Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Descongestionante Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ # de pastillas por dosis \_\_\_\_\_ Antiácido Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Antihistamínico Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ # de pastillas por dosis \_\_\_\_\_.

**Específica información médica**

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

Vacunas: fecha de la última vacuna de tétanos/difteria \_\_\_\_\_

Otro medicamento que está tomando su hijo/hija \_\_\_\_\_

Alguna limitación que tiene su hijo/hija \_\_\_\_\_

¿A sido expuesto su hijo/hija a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, sarampión, viruelas, etc.? Si sí, fecha y condición o enfermedad. \_\_\_\_\_

También les informo de estas condiciones médicas especiales de mi hijo/hija. Favor de entregar con esta forma un papel con una clara descripción de estas condiciones especiales.

Firma del padre/ guardián/conservador: \_\_\_\_\_ Testigo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, (Año)

Firma del Notario: \_\_\_\_\_ Sello del Notario: \_\_\_\_\_

(Requerido para todas actividades fuera del estado)