

AÑO DE FORMACIÓN: **2017-2018**

Nombre del Joven _____		Fecha de Nacimiento _____		Sexo M o F _____	
Dirección _____					
Ciudad _____		Estado _____		Código Postal _____	
Correo Electrónico del Joven _____			Numero Celular del Joven _____		
Grado Escolar _____		Nombre de Escuela _____			
Sacramentos Recibidos (encierre): Bautismo Reconciliación(Confesión) Primera Comunión Confirmación					
NOMBRE DEL PADRE/ TUTOR: _____					
DIRECCIÓN _____					
CORREO ELECTRÓNICO _____					
TELÉFONO(S) - CASA _____		TRABAJO _____		CELULAR _____	
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR: _____					
DIRECCION _____					
CORREO ELECTRÓNICO _____					
TELÉFONO(S) - CASA _____		TRABAJO _____		CELULAR _____	
CONTACTO DE EMERGENCIA _____					
RELACION CON EL JOVEN _____			TELEFONO _____		
NOMBRE DE SU MÉDICO DE CABECERA: _____				TELÉFONO: _____	
ESTADO DE SALUD Y/O ALERGIAS: _____					
<p>Nota: Toda la información médica se mantendrá de manera estrictamente confidencial. Si su hijo tiene un Dispositivo Inyectable de Emergencia (Epi-Pen), Condición Diabética, Asmáticos con un inhalador de rescate, o cualquier otra condición médica, necesitará anexar una hoja por separado con una descripción clara de la naturaleza de la afección y el medicamento. Esto es importante en situaciones en las que el joven no es capaz de auto suministrarse estos tratamientos y de comunicarse con el Personal de Respuesta de Emergencia. Los ministros de jóvenes, voluntarios, y otro personal parroquial NO están entrenados para administrar este tipo de medicamentos de emergencia.</p>					
<p>Medicamentos: ESCRIBA SUS INICIALES en todos los que Corresponda – Nota: NO ESCRIBA SUS INICIALES EN TODAS LAS AREAS, YA QUE UNA PUEDE CANCELAR OTRA</p>					
<p>_____ Este niño no toma medicamentos y no traerá medicamentos con él/ella.</p>					
<p>_____ Este niño toma medicamento(s) y se auto medicará. El niño traerá todos los medicamentos necesarios, y dichos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se pedirá al niño que entregue todos sus medicamentos al adulto encargado de supervisar y conservar los medicamentos. Asimismo, tengo entendido que este niño será responsable de presentarse al lugar designado para que se le sea(n) entregado(s) el (los) medicamento(s) en los horarios/frecuencias indicadas en la parte de abajo. Entiendo que el adulto al cual este niño entregará el medicamento no tiene entrenamiento médico y que dicho adulto no medirá la dosis. Una vez que se haya auto medicado, este niño entregará el (los) medicamento(s) al adulto. Al concluir el evento, este niño será responsable de recoger el (los) medicamento(s) restante(s), si hubiese alguno, en el lugar de auto-medicación designado. Los nombres de los medicamentos y las dosis exactas, así como la frecuencias/horarios se especifican a continuación:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>					
<p>_____ Este niño toma medicamento(s) pero no es capaz de auto medicarse. El padre/tutor/guardián de este niño le proporcionará y administrará todos los medicamentos necesarios.</p>					
<p>_____ Ningún tipo de medicamento ya sea recetado o no recetado le será administrado a este niño a menos que la situación ponga en riesgo su vida y se requiera tratamiento de emergencia.</p>					
<p>_____ Otorgo mi consentimiento para que los siguientes medicamentos no recetados le sean administrados a este niño:</p> <p>_____</p>					
<p>SI EL NIÑO TIENE SEGURO MÉDICO, LE PEDIMOS ANEXE UNA COPIA</p>					

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

En consideración por permitir que los Jóvenes participen en actividades y funciones juveniles, yo/nosotros, el(los) padre(s)/tutor(es)/guardián(es) del(a) joven concedo (concedemos) permiso para que el Joven viaje y participe en actividades y eventos juveniles. Yo/nosotros asumo (asumimos) todos los riesgos y peligros inherentes a la participación de los Jóvenes en el Evento, incluyendo la transportación hacia y desde el Evento. En consideración por permitir que los Jóvenes participen en el evento mencionado anteriormente y en mi/nuestro nombre y el de los padres del(a) Joven, tutores legales, hermanos, herederos, beneficiarios y representantes personales, por medio de la presente yo(nosotros) libero(libero) y estoy(estamos) de acuerdo en proteger, indemnizar y defender total e incondicionalmente la Parroquia, la Diócesis Católica de Dallas y sus respectivos oficiales, agentes y empleados, (colectivamente, "Indemnizados"), y exonero a todos los Indemnizados de y en contra de cualquier y todos los costos, gastos, honorarios de abogados, reclamos de daños, demandas, juicios, pérdidas o responsabilidad por daños a la propiedad, lesiones a las personas (incluyendo Jóvenes) y de otros costos , gastos, honorarios de abogado, reclamos, demandas de juicios, pérdidas o responsabilidad de cualquier y toda naturaleza que surja en cualquier manera, directa o indirectamente, de, en conexión con, en el curso de, o en relación a la participación de los Jóvenes en eventos y actividades juveniles, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA O DE LA NEGLIGENCIA CONJUNTA, RELATIVA O CONCURRENTENTE DE LOS INDEMNIZADOS. En caso que se tome alguna acción legal en contra de algún grupo para hacer cumplir alguno de los términos y condiciones estipulados en este formulario, se acuerda que el grupo que pierda el caso pagará al grupo que se imponga en él, todos los gastos de corte, honorarios razonables de abogados y gastos incurridos por el grupo que se imponga.

CONSENTIMIENTO PARA PROPORCIONAR TRATAMIENTO A UN MENOR

Yo, _____ soy _____ el padre, _____ tutor _____ guardián de _____, un menor de edad, y como tal autorizo a ST. MARK THE EVANGELIST CATHOLIC CHURCH sus dirigentes del ministerio de jóvenes, empleados, contratistas y voluntarios como agente(s) de quien firma a dar su consentimiento para realizar cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico, dental o quirúrgico y atención hospitalaria que se estime recomendable por, y se lleve a cabo bajo la supervisión general o específica de un médico o cirujano acreditado bajo las leyes de la jurisdicción donde sea realizado dicho diagnóstico o tratamiento, ya sea que dicho diagnóstico o tratamiento se haya llevado a cabo en la oficina de dicho médico, en un hospital, o cualquier otro lugar. Se entiende que esta autorización se otorga antes de realizar cualquier tratamiento o diagnóstico específico, pero es otorgada para proporcionar autoridad y poder de tratamiento, o atención hospitalaria que el médico antes mencionado en el ejercicio de su mejor criterio considere conveniente. Esta autorización se otorga conforme a las disposiciones del capítulo 32 del Código Familiar de Texas. Esta autorización seguirá vigente hasta por un año después de la fecha en que se llenó esta forma, a menos que sea revocada por escrito y llevada a dicho(s) agente(s). En caso que se apruebe esta autorización, pero sin límite de tiempo y sin ningún derecho de revocación futuro, yo/nosotros liberamos, defendemos y declaramos inocentes a las Parroquias y a la Diócesis Católica Romana de Dallas (Diócesis), sus funcionarios, directores, agentes, empleados, voluntarios, dirigentes del ministerio de jóvenes y contratistas de todos los reclamos, responsabilidades y pérdidas que de alguna manera surjan de o en conexión con o relacionados a dicho tratamiento y las decisiones que se tomen con respecto a dicho tratamiento.

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR GRABACIONES AUDIO/VISUALES Y FOTOGRAFÍAS

En ocasiones, durante actividades patrocinadas por parroquias o la diócesis se toman grabaciones visuales, auditivas, diapositivas fotográficas y fotografías. Éstas son utilizadas en boletines, sitios cibernéticos, promociones de eventos, anuncios y otros medios impresos de comunicación. Para contraprestación válida y valiosa, otorgo a ST. MARK THE EVANGELIST CATHOLIC CHURCH el derecho irrevocable y sin restricciones de realizar, utilizar o publicar cualquier y todas las fotografías, vídeos y otras imágenes mías o de mi hijo menor de edad _____ (joven), o imágenes en las que mi hijo menor de edad o yo podamos estar incluidos, ya existentes o realizadas de ahora en adelante, en cualquier caso, con o sin identificar al sujeto para propósito editorial, publicitario, noticioso o cualquier otro propósito y en cualquier forma y medio; alterar el mismo sin restricción; y reclamar derechos de autor del mismo. Por medio de la presente, libero y estoy de acuerdo en proteger, indemnizar y defender total e incondicionalmente a ST. MARK THE EVANGELIST CATHOLIC CHURCH, la Diócesis Católica Romana de Dallas, y a sus respectivos oficiales, agentes y empleados (colectivamente "Indemnizados"), y exonero a todos los Indemnizados de y en contra de cualquiera y todos los costos, gastos, honorarios de abogados, reclamos de daños, demandas, juicios, pérdidas o responsabilidad por daños a la propiedad, lesiones a las personas (incluyendo el Joven) y de otros costos, gastos, honorarios de abogado, reclamos, demandas de juicios, pérdidas o responsabilidad de cualquier y toda naturaleza que surja en cualquier manera, directa o indirectamente, de, en conexión con, en el curso de, o por el uso incidental o publicación de cualquier tipo de fotografías, videos u otras imágenes del Estudiante, INDEPENDIENTEMENTE DE LA CAUSA O DE LA NEGLIGENCIA CONJUNTA, RELATIVA, O CONCURRENTENTE DE LOS INDEMNIZADOS

Firma del Padre/Tutor/Guardián

Fecha

PARA USO DE NUESTRA OFICINA

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> YM Sessions/ Home Study | <input type="checkbox"/> Open Youth Center | <input type="checkbox"/> The Way Youth Group |
| <input type="checkbox"/> Service Opportunities | <input type="checkbox"/> Pizza with the Pastor | <input type="checkbox"/> El Camino Youth Group |