

Arquidiocesis de Galveston-Houston / Oficina de Ministerio Juvenil

Consentimiento de Padres / Guardianes, Renuncia de Responsabilidad Medica

Nombre de Participante _____ Fecha de Nacimiento _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Codigo Postal _____
Padres/Guardianes _____
Numero Telefonico (____) _____
Suplente Numero Telefonico: (____) _____
Parroquia _____ Grado _____ Edad _____ Sexo _____

CONSENTIMIENTO Y REUNCIA DE RESPONSABILIDAD

**Importante! Deberá se llenado por Padres/ Guardianes para el joven menor de 18 años de edad
Si el Participante es de 18 años o mayor, el consentimiento debe ser firmado por el individuo**

Yo (nombre de padres/guardianes) _____, concede / otorgo permiso que mi hijo(a), (Nombre de participante) _____, que participe en (Nombre del Evnto) _____ que se llevara acabo (fecha) _____, (hora) _____, y (lugar) _____.

Convengo a mi nombre de mi hijo(a) y otro padre conocido o vivo (nombre del padre) _____ Mi hijo nombrado herederos, sucesores y assignados para considerer inofensivo y defender la Arquidiócesis de Galveston-Houston, la parroquia que patrocina (Su parroco, Ministro de los Jovenes, otros agentes, ect.) o cualquiera representante asociado en la actividad

Firma (Padre/Guardian)

Fecha

Firma (Participante de 18 años de edad o mayor debe firmar propio consentimiento)

Fecha

Consentimiento de Fotografia

Yo como padre/guardian, entiendo que las fotografias promocionales (individuales y grupales) seran tomadas durante este acontecimiento. Doy el permiso para la fotografia de mi hijo(a) sea utilizada para los materiales promocionales (boletín de noticias, Pagina web, calendarios, ect.) para destacar el evento.

Firma (Parde/Guardian)

Fecha

**Oficina de Ministerio Juvenil
Arquidiócesis de Galveston-Houston**

Consentimiento Medico

Medical Matters

Autorizo por este medio al mayor de mi conocimiento que mi hijo(a), está en buena salud, y asumo toda la responsabilidad de la salud de mi hijo(a). De las declaraciones siguientes que pertenecen a las materias medicas, muestra solamente éstos de acuerdo de sus deseos:

Tratamiento Medico de Emergencia

En caso de una emergencia, doy por este medio el permiso de transporter a mi Hijo(a) a un hospital para tratamiento medico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser aconsejado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o el doctor

Nombre y la Relación _____ Telefono _____

Nombre del Doctor _____ Telefono _____

Medicamentos

Mi hijo(a) traerá todas tales medicamentos necesarios, correctamente etiquetadas. Los nombre de la medicamentos direcciones sucinta para constar que el joven tome tales medicamentos, incluyendo la dosificación y la frecuencia estan a continuacion:

Mi hijo(a) esta tomando las siguientes medicamentos en el presente.

Medicina(s): _____ Cantidad: _____

Administre: _____

____ Yo por la presente no Otorgo el Permiso para medicina de ningún tipo, ni prescripción recetada y ni sin receta puede ser administrado por mi hijo a menos que la situación es de amenaza de vida y se requiere tratamiento de emergencia. (si esta de acuerdo inicie)

____ Yo por la presente Otorgo el Permiso para medicina sin receta (tal como Tylenol, pastillas de garganta, jarabe de tos) ser dado a mi niño, si creído conveniente. Entiendo que Aspirina no será dada a mi hijo/hija. (si esta de acuerdo inicie)

Informacion de Condiciones Medicas

(el personal Arquidiocesano tomara cuidad razonable par aver que la informacion siguientes sera llevada acabo en confianza.)

Mi hijo(a) tiene :

Ha tenido un episodio del siguiente o se ha diagnosticado: Convulciones Asma Diabetes

Racciones alergicas al siguiente (alimentos, tintes, latex ect) _____

Ha tenido una cirugia medica en el plazo de los seis meses pasados? Si No Aun en cuidado medico? Si No

Tiene una dieta medicamente prescrita? _____

Las limitaciones fisicas siguientes? _____

Inmunizacioness actualizadas: Si No Fecha de ultima Inmunicacion _____

Usted debe estar enterado de estas condiciones medicas de mi hijo(a): _____

Informacion de Seguro Medico

(Por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro de frente y de la parte posterior con esta forma)

Portador de Seguro: _____

Nombre de asegurados: _____

Numero de Identificacion de Seguro: _____ Numero de Poliza: _____

Nombre de Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Empleo: _____

Nombre de Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de empleo: _____

No, en este momento no tengo seguro medico.

En caso de la atencion de los adultos acompañantes en dicho evento que se dieran cuenta que mi hijo(a) se enferma con síntomas repetidas por dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebré o diárehea, deseo ser informado inmediatamente. Si la llamada es larga distancia deseo que se me llame por cobrar (yo sere responsable por el costo de la llamada)

Yo entiendo y libremente firmo las declaraciones escritas en este consentimiento parental y renunia medica.

Firma (Padres/Guardianes) de joven menor de 18 años _____

Fecha _____

Firma de participante de 18 años de edad o mayor debe firmar Consentimiento propio _____

Date _____