



Eventos del Ministerio Juvenil de la Diocesis de Reno

Formulario de Exencion de responsabilidad y Consentimiento del Padre/Guardian

Nombre del Participante: _____ Grado escolar: _____

Nombre del Padre/guardian: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Codigo postal: _____

Numeros telefonicos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Sexo Masculino/Femenino Estatura: _____ Peso: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Problemas de Salud y/o Alergias: _____

Medicamentos que toma: _____

Seguro de salud: _____ Numero de poliza: _____

Direccion de la compania aseguradora: _____

Nombre del titular de la Poliza: _____

Yo/Nosotros, _____ damos permiso a mi/nuestro hijo/a, _____

Nombre padre/guardian _____ nombre de hijo/a _____

A participar en, _____ en _____ fecha _____

Nombre del evento _____ lugar del evento _____

Que requiere transportacion a una locacion fuera de la parroquia. Esta actividad tendra lugar bajo la guia y direccion de empleados y voluntarios de _____

Parroquia a la cual pertenecen _____

Con el lider designado, _____. El tiempo estimado de partida es de _____

Persona a cargo _____ y el regreso sera a: _____ Transportacion de ida y regreso sera _____.

Forma de transporte _____

Como padre/guardian, yo/nosotros somos legalmente responsables por todas y cualquier accion personal del menor nombrado con anterioridad. ("Participante").

Yo/nosotros estamos de acuerdo anombre propio, de nuestro hijo/a, o herederos, o sucesores, o asignados, a absolver, exentar cualquiera y todos los cargos por daños por los cuales Yo/Nosotros o nuestro hijo/a puedan sufrir, y exoneramos de ante mano a las entidades aqui nombradas y aceptamos indemnizar, y no dañar y defender

a mi parroquia, _____, al OBISPO CATOLICO ROMANO DE RENO, una corporacion comunmente llamada DIOCESIS DE RENO, sus oficiales, directores y agentes, voluntarios y chaperones, y/o representantes de toda responsabilidad que resultara en y/o con coneccion a la asistencia de mi hijo/a a este evento o en coneccion con cualquier enfermedad o accidente o costos de tratamiento medico en coneccion con dicho evento, y Yo/nosotros tambien aceptamos el compensar a la parroquia y la Diocesis, sus

oficiales, directores, agentes, voluntarios, chaperones, y/o representantes asociados con el evento por cualquier cargo razonable de abogados y gastos resultants de dicho evento.

Asuntos Medicos: Yo/nosotros declaramos que a lo major de mi/nuestro conocimiento, que mi/nuestro hijo/a goza de Buena salud y es fisicamente capaz de participar en este evento, y yo/nosotros asumimos toda responsabilidad por la salud de mi/nuestro hijo/a.

Tratamiento Medico de Emergencia: En caso de una emergencia, yo/nosotros otorgamos permiso para transporter a mi/nuestro hijo/a a un hospital paratratamiento medico o quirurgico de emergencia. Deseo ser notificado previo a cualquier tratamiento requerido por el hospital o doctor. En caso de una emergencia, si no se me puede localizer, favor de contactar a:

Nombre: _____

Parentezco: _____ telefono: _____

Doctor familiar: _____ telefono: _____

ESTA FORMA DEBE SER FIRMADA POR AMBOS PADRES, si solamente uno de los padres firma este documento, entonces ese padre representa y asegura a la Diocesis que el/ella es la persona con la custodia principal del estudiante participante con sola autoridad para firmar esta forma de consentimiento y exencion.

Firma del padre

Firma de la Madre

Fecha

Fecha

He leído y/o discutido este formulario de Consentimiento y exonencion pertinente a mi participacion en el evento. Lo entiendo y acepto que este formulario aplica a mi persona.

Nombre del participante

Fecha

Informacion medica

Medicamentos: Mi hij/a se encuentra actualmente tomando los siguientes medicamentos. Mi hijo/a traera consigo estos medicamentos de ser necesario, y dichos medicamentos traeran una etiqueta de identificacion. El nombre de los medicamentos y las direcciones concisas asi como

las dosis en las que mi hijo/a toma estos medicamentos son: (Favor de usar el reverse si es necesario)

Historial medico Especifico: La parroquia cuidara que esta informacion permanezca confidencial.

Reacciones Alergicas (medicamentos,comidas,plantas,insectos,etc.): _____

Condiciones medicas: asma__diabetes__alergias__insectos__alergias al clima__ otras__

Si contesto que si,explique su respuesta e incluya medicamentos que toma: _____

Fecha de la ultima vacuna contra el tetano/dipteria: _____

Dieta prescrita por el medico: _____

Limitaciones fisicas? _____

Sufre su hijo/a de reacciones emocionales a situaciones nuevas,sonambulo,desmayos,moja la cama,? _____

Ha estado su hijo/a recientemente expuesto a enfermedades contagiosas como varicela,viruela,paperas,etc? Si es asi fecha y enfermedad: _____

Alguna condicion medica especial de su hijo/a de la cual debamos estar al tanto? _____

Consentimiento para medicacion general

En caso de accidente o enfermedad,los primeros auxilios basicos seran proveidos.Otorga usted permiso para que su hijo/a reciba medicamentos como acetaminophen o ibuprofeno?

SI___ NO___

Hay algun medicamento general el cual no pueda recibir? _____

Firma: _____ Fecha: _____