

**DIÓCESIS DE SACRAMENTO**  
**PERMISO DE LA ACTIVIDAD JUVENIL, LA LIBERACIÓN DE MÉDICOS,**  
**LOS PADRES Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombres de los Padres / Guardianes: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad / Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (Pariente # 1) \_\_\_\_\_ (Pariente # 2) \_\_\_\_\_

Número trabajo: (Pariente # 1) \_\_\_\_\_ (Pariente # 2) \_\_\_\_\_

Número móvil: (Pariente # 1) \_\_\_\_\_ (Pariente # 2) \_\_\_\_\_

Parroquia / Escuela : \_\_\_\_\_

Evento / Fecha: St. Patrick

**Evento:** Fired Up! / Actividades para la confirmación

**TRANSPORTACIÓN PROPORCIONADO POR:** Autobús

**CÓDIGO DE CONDUCTA PARA LOS JOVENES:**

Estoy de acuerdo a valorar y ejemplificar los valores Católicos, y entiendo que mi participación en este programa requiere el seguir las normas y reglamentos con respecto a mi conducta. Específicamente estoy de acuerdo que durante mi participación en este programa:

- Voy a seguir las instrucciones de los dirigentes de adultos;
- Voy a tratar a los líderes adultos y otros participantes con respeto;
- Me quedaré con mi grupo asignado, y participar en la actividad aprobada;
- Voy a vestirse apropiadamente en todo momento;
- No voy a usar, llevar, o estar bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol;
- No fume ni use productos de tabaco;
- No voy a participar en conducta sexual inapropiada;
- No voy a estar en la posesión o el uso de armas de fuego, cuchillos o armas de ningún tipo;
- No voy a participar en los actos de violencia, el robo, la deshonestidad, los juegos de azar, o profano, y
- Voy a respetar la propiedad física de la instalación y de los demás, y se comprometo a no involucrarse en actos de vandalismo.

Estoy de acuerdo en acatar estas normas y la supervisión de adultos, líderes, y entiendo que violaciones se tratará en una inmediata y adecuada. Si debo ser despedido de la participación en el programa, entiendo que mis padres se pondrá en contacto para organizar el transporte inmediato de mi casa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Juventud

Firma del padre (que reconoce el compromiso): \_\_\_\_\_

**INFORMACION MEDICA E INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA**

Entiendo que en el evento de una emergencia, Yo siendo el pariente/guardián del niño nombrado por debajo de esta forma doy permiso a la Diócesis de Sacramento, las parroquias y las escuelas en la diócesis, y sus empleados, agentes, representantes, y voluntarios, para organizar y autorizar tratamientos de emergencia médica, odontológica, quirúrgica o tratamiento para mi hijo(a), como lo considera necesario, el médico tratante. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o el médico.

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Dentista familiar: \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

La compañía de su seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de su Póliza: \_\_\_\_\_

También estoy de acuerdo en designar a una parroquia/escuela/representantes diocesanos números telefónicos actuales en la que se pueden comunicar con migo, como los nombres y números telefónicos de las personas que puedan saber donde estoy en caso de una emergencia.

Si no me pueden localizar utilizando los numeros de telefono escritos anterior mente pueden contactar a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de contacto alternativo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS DE SALUD DE NO EMERGENCIA**

[Por favor, firme/autorice todas las siguientes indicaciones que sean aplicables]

1. Si mi hijo se enferma con síntomas que no indican el tratamiento médico de emergencia (por ejemplo, dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea), deseo que se denominará (recoger / invertido gastos de teléfono si es necesario) a ser informado de la condición de mi hijo .

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Guardián Fecha

2. Mi hijo está tomando los siguientes medicamentos (s), que traerá en esta actividad, la etiqueta, incluye instrucciones claras para la dosificación y frecuencia de uso. Doy permiso para que un adulto administre los siguientes medicamentos (s):

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Guardián Fecha

3. No cualquier tipo de medicación (con receta o de venta libre) puede ser administrado a mi niño a menos que su condición esté en peligro de muerte y se requiera un tratamiento de emergencia, según se considere necesario por el médico tratante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Guardián Fecha

4. Por la presente autorización para que los medicamentos de venta libre (por ejemplo, la aspirina, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) que ha de darse a mi hijo, si lo considera conveniente por el supervisor de la actividad, con las siguientes excepciones (escriba "ninguno" si no hay excepciones específicas):

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Guardián Fecha

### **INFORMACIÓN MÉDICA ESPECÍFICA / CONDICIONES**

Reacciones alérgicas (a medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc)?

\_\_\_\_\_  
Inmunizaciones (fecha de la última tétanos / difteria vacunación):

\_\_\_\_\_  
Medicamentos actuales que se están adoptando por los niños:

\_\_\_\_\_  
Prescritos médicamente restricciones dietéticas?

\_\_\_\_\_  
Limitaciones físicas?

\_\_\_\_\_  
Inclinada discapacidad o condiciones relacionadas (ADD, ADHD, dificultades de lectura o escritura, etc)?

Tiene historia de nostalgia grave, malas reacciones emocionales nuevas situaciones, sonámbulo, moja la cama, desmayos?

---

Ha tenido una exposición reciente (en las últimas dos semanas) a una enfermedad contagiosa o condición, como las paperas, el sarampión, la varicela? En caso afirmativo, especificar la fecha y la condición expuesta a:

---

Tiene una dieta (que no sean identificados por encima de las alergias)?

---

Tiene cualquier tipo de condiciones medicas u otras condiciones que debemos conocer?

---

### **ACUERDO DE LOS PADRES / CONSENTIMIENTO**

Yo / nosotros, padre o tutor del niño nombrado en este formulario doy permiso para que mi / nuestro hijo / a participe en la actividad a que se refiere en esta forma, y como complemento de la Salud / Información Médica consentimiento disposiciones que hemos acordado anteriormente:

- Dirigir a cooperar: Yo / nosotros estamos de acuerdo a dirigir a mi/nuestro hijo/a a cooperar y cumplir con todas las directivas e instrucciones de la parroquia / escuela / o personal diocesano líderes adultos voluntarios.
- Consentimiento para el transporte (si procede): Yo / nosotros doy permiso para que mi / nuestro hijo/a a ser transportados a los programas especificados, eventos y actividades en los vehículos conducidos por líderes adultos seleccionados por la parroquia / escuela / coordinador diocesano, de conformidad con las directrices diocesanas.
- La responsabilidad de Gastos Médicos: Yo/estoy/estamos de acuerdo en que seré responsable de todos los gastos médicos relacionados con las lesiones de mi / nuestro hijo como consecuencia de su participación en esta actividad, sean o no causados por la negligencia de la parroquia, la escuela, empleados diocesanos o agentes, voluntarios u otros participantes.
- Reconocimiento de Riesgos: Yo / nosotros entendemos que en el curso de la participación en esta actividad, mi / nuestro hijo puede participar en actividades que conlleven un riesgo de perjuicio para el cuerpo, psique, o la propiedad de ellos mismos y otros. Esas lesiones pueden ser causadas por otras personas, puede ser accidental o auto-infligida, o puede surgir a partir de material defectuoso o instalaciones, las condiciones existentes de instalaciones de esparcimiento, mientras que en los accidentes de vehículos de transporte durante una actividad, o a través de la propia actividad.
- En consecuencia, en consideración de ser permitidos a participar en las actividades especificadas, para utilizar el equipo proporcionado, y para entrar en los locales e instalaciones de la Diócesis de Sacramento, para cualquier fin, incluida la observación y participación en actividades, el padre o tutor, él o ella y cualquier sucesores en interés, y en nombre del hijo menor de edad, de acuerdo a como siga:
  1. Para soltar, renunciar, la aprobación de la gestión, y la promesa de no demandar al obispo católico de Sacramento, una sociedad única, y sus entidades afiliadas, empleados, agentes y voluntarios (la "Diócesis") de toda responsabilidad por cualquier pérdida o daño, y cualquier reclamación o demanda, por lo tanto, en razón de las lesiones al cuerpo, daño a la psique, o daños a la propiedad de la menor, o al padre o tutor, ya sea causado por negligencia u otra conducta de la Diócesis, mientras que el hijo menor de edad, padre, o tutor está participando en las actividades especificadas en o, a, o alrededor de los locales de la diócesis o de cualquiera de sus instalaciones o equipos.
  2. Indemnizar y eximir a la Diócesis de cualquier pérdida, responsabilidad, o daño a los costos que puedan incurrir debido a los actos del hijo menor de edad, padre o tutor, a, o sobre las instalaciones de la Diócesis, sus instalaciones o equipos, o durante su participación en cualquier parroquia, escuela o actividades diocesanas ya sean causadas por negligencia o de otro tipo.
  3. Que él o ella ha leído este formulario de consentimiento y el acuerdo y que voluntariamente lo firma, y que no hemos dado, declaraciones, o incentivos, aparte de los contenidos de esta forma.Yo / Hemos leído este acuerdo y entiendo/entendemos y estamos de acuerdo con todo lo anunciado anteriormente.

---

Firma del Padre o Tutor Fecha

---

Firma del Padre o Tutor Fecha