



Pastoral Juvenil Diocesana - Forma de Consentimiento y Publicación

Información de Evento

Evento: _____

Día/Fecha: _____ Localidad: _____

Información del Participante

Nombre: _____ Parroquia/Ministerio: _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad (al inicio del evento): _____ Sexo: _____

Año de Graduación escolar: _____

E-Mail: _____ Numero de Casa: _____ Celular: _____

Dirección Completa: _____

Cumplimientos para Adultos/Jefes de equipo mayor de la edad de 18(Copias deberán presentarse):
____Verificación de Antecedentes ____Virtus

Información de Consentimiento y Publicación

[Por favor lea con mucha atención]

General: Al firmar este consentimiento, reconozco que yo/mi hijo/a soy/es físicamente y mentalmente capaz de participar en las actividades de la pastoral Juvenil. Reconozco que hay ciertos riesgos involucrados en dichas actividades. Libero a la Diócesis de Trenton, sus afiliados, voluntarios y empleados de toda responsabilidad por cualquier lesión, danos al cuerpo o propiedad las cuales me puedan ocurrir durante el curso de estas actividades. En caso de una emergencia en la que yo, o el contacto alternativo, no pueda ser localizado, autorizo a los líderes adultos para tomar decisiones médicas por mí, y para administrar los primeros auxilios si se considera necesario. También estoy de acuerdo en desagraviar y mantener indemne a la Diócesis de Trenton y sus afiliados, voluntarios o empleados de cualquier y todas las demandas resultadas por la participación en actividades o como resultado de una lesión o enfermedad durante dichas actividades. He leído el Formulario de Renuncia y estoy plenamente consciente de su contenido.

Publicidad: En ocasiones, la Diócesis de Trenton toma fotografías o hace grabación de audio o video de los niños y/o adultos que participan en actividades de la parroquia/escuela/evento juvenil. Doy mi consentimiento para el uso de tale fotografías o grabaciones de audio o video de la persona nombrada arriba para ser utilizado, distribuido o mostrado como agentes de la Diócesis de Trenton vean conveniente (por ejemplo: pagina web diocesana, Facebook, YouTube, blogs diocesanos, El Monitor, ect)

Transportación: Le otorgo la Diócesis de Trenton y sus agentes permiso para transporte a mi hijo/a durante el mencionado evento. Transporte desde y hacia dicho evento se decidirá entre mi persona y el programa de pastoral juvenil a la que pertenece mi hijo. Entiendo que este evento/actividad/retiro podrá realizarse fuera de mi parroquia y que este bajo la dirección y orientación de la Diócesis de Trenton, junto con la supervisión de otros voluntarios/empleados. Estoy de acuerdo en que, en consideración de que nuestro hijo/a este permitido/a unirse a dicho evento/actividad/retiro, tenemos cada indemne e indemnizar a la parroquia, la DOT y sus agentes contra cualquiera y todas las formas de las reclamaciones por daños a nuestro hijo/a que implica dicho evento/actividad/retiro.

Firmas

[Padre/Guardián no se requiere firma para los jóvenes adultos mayor de 18 años]

Participante- Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Padre/Guardián Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

[El Contacto de Emergencia/Formulario de Autorización Medica en la pagina 2 también debe ser completado]



Pastoral Juvenil Diocesana - Forma de Consentimiento y Publicacion

Información Del Participante

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Dirección completa: _____

Información del contacto de Emergencia Primario

[Por favor rellene esta información por completo]

Nombre: _____ Relación: _____

Número de Casa: _____ Celular: _____

Dirección completa: _____

Información del contacto de Emergencia Secundario

[Por favor rellene esta información por completo]

Nombre: _____ Relación: _____

Número de Casa: _____ Celular: _____

Dirección completa: _____

Información Medica

[Proveer información de seguro médico, incluyendo condiciones medicas]

Proveedor de seguro Medico: _____ Número de Cuenta: _____

(Nombre de compañía de seguro)

Nombre de Doctor Primario: _____ Número de Teléfono: _____

Marque todo lo que corresponde: Epiléptico Asmático Diabético No condición medica

Alergias: _____

Condiciones sicológicas (ej. depresión, desorden bipolar, etc.): _____

Condición del Corazón: _____

Esta tomando medicamentos?: _____

Otros detalles: _____

Otras Necesidades

[indique si existe alguna otra información importante incluyendo, pero sin limitarse a, las necesidades dietéticas]

Firmas

[Padre/Guardián no se requiere firma para los jóvenes adultos mayor de 18 años]

Participante- Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Padre/Guardián- Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

[Forma de Consentimiento y Publicacion en pagina 1 debe ser completada]