

**FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO/CONSENTIMIENTO/LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Programa de Educación Religiosa de San Fernando

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** \_\_\_\_\_ **GRADO** \_\_\_\_\_  
(Por favor escriba con letra de molde)

A MI LEAL SABER Y ENTENDER, MI HIJO(A) ESTÁ EN BUENA SALUD Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LA SALUD DE MI HIJO(A).

EN CASO DE UNA EMERGENCIA, DOY PERMISO PARA QUE TRANSPORTEN AL HOSPITAL A MI HIJO(A) PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA. DESEO QUE ME AVISEN ANTES DE CUALQUIER OTRO TRATAMIENTO POR EL HOSPITAL O DOCTOR. SI NO ME PUEDEN LOCALIZAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA, POR FAVOR COMUNÍQUENSE CON:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN/PARENTESCO: \_\_\_\_\_

# TELEFONOS, CASA \_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

DOCTOR FAMILIAR: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE NO SE LE DARÁ ASPIRINA A MI HIJO(A) QUIEN ES MENOR DE 18 AÑOS A MENOS DE QUE YO ESPECÍFICAMENTE LO SOLICITE. MARQUE LO QUE CORRESPONDA, ABAJO:

( ) DEN/NO LE DEN ASPIRINA a mi hijo(a).

( ) DEN/NO LE DEN TYLENOL/IBUPROFEN a mi hijo(a).

MI HIJO(A) ES ALÉRGICO A LO SIGUIENTE: \_\_\_\_\_

MI HIJO(A) TIENE LAS SIGUIENTES LIMITACIONES: \_\_\_\_\_

Por favor comparta cualquier información que crea que nos puede ser útil para trabajar con su hijo(a) (por ejemplo, incapacidades de aprendizaje, ADD, experiencias traumáticas recientes [divorcio, muerte en la familia, etc.], reacciones emocionales a nuevos lugares o personas):

---

Yo, (escriba el nombre) \_\_\_\_\_, DOY PERMISO PARA QUE MI HIJO(A) MENCIONADO(A) ARRIBA PARA QUE PARTICIPE EN EL PROGRAMA DE E.R. DE LA PARROQUIA/ACTIVIDADES DE MINISTERIO, INCLUYENDO EVENTOS QUE REQUIEREN TRANSPORTE A LUGARES ALEJADOS DE LA PARROQUIA. ESTAS ACTIVIDADES SE LLEVARÁN A CABO BAJO LA ORIENTACIÓN Y DIRECCIÓN DE LOS EMPLEADOS Y/O VOLUNTARIOS DE LA PARROQUIA DE LA CATEDRAL DE SAN FERNANDO. (Un aviso de las actividades más allá de las sesiones regulares de clases será enviado a casa con anticipación a las fechas de los eventos).

COMO PADRE/TUTOR, SOY EL RESPONSABLE LEGAL DE CUALQUIER ACCION PERSONAL TOMADA POR EL MENOR ("ESTUDIANTE") MENCIONADO ARRIBA.

ESTOY DE ACUERDO DE PARTE MIA Y DE MI HIJO (A), NOMBRADO AQUI, O NUESTROS HEREDEROS O, SUCESORES, Y ASIGNADOS, DE MANTENER SIN PERJUICIOS Y DEFENDER LA CATEDRAL DE SAN FERNANDO, OFICIALES, DIRECTORES, AGENTES Y CHAPERONES, Y A LA ARQUIDIÓCESIS DE SAN ANTONIO EN CONTRA DE CUALQUIER ACCIÓN QUE SURJA DE O EN CONEXIÓN CON LA ASISTENCIA DE MI HIJO(A) A UN EVENTO O EN CONEXIÓN A CUALQUIER HERIDA O ENFERMEDAD O COSTO DE TRATAMIENTO MÉDICO EN CONEXIÓN CON ELLO, Y ESTOY DE ACUERDO EN COMPENSAR A LA PARROQUIA, A SUS OFICIALES, DIRECTORES, CHAPERONES Y AGENTES, Y A LA ARQUIDIÓCESIS DE SAN ANTONIO, O REPRESENTANTES ASOCIADOS CON EL EVENTO, DE LAS CUOTAS Y GASTOS DE ABOGADOS QUE SURJAN EN CONEXIÓN CON ELLO.

\_\_\_\_\_  
(FIRMA)

\_\_\_\_\_  
(PARENTESCO)

\_\_\_\_\_  
(FECHA)

Este formulario permanecerá en archivo y tendrá validez por un (1) año:

**SEPTIEMBRE 1, 2020 – AGOSTO 31, 2021**