

Consentimiento de los Padres de un(a) Joven para Participar en una Actividad, Liberación e Información Médica de Emergencia

Nombre del Participante: _____

Nombre de los Padres: _____
por sí mismos, sus herederos, albaceas y administradores.

Evento: _____

Parroquia/Escuela: _____ ubicada en
_____ (ciudad), Texas, una corporación sin fines de lucro
en Texas, incluyendo su facultad, empleados, contratistas, miembros del clero, agentes, facilitadores
y voluntarios.

Diócesis: La Diócesis Católica de Austin, una corporación sin fines de lucro en Texas, incluyendo sus empleados,
contratistas, miembros del clero, sus agentes, facilitadores y voluntarios.

Proveedor de la Transportación: _____ (nombre)

- A. Quienes firman al calce representan que son los *Padres* o tutores legales del *Participante* y tienen plena autoridad en el derecho a firmar este documento.
- B. Los *Padres* conceden su permiso para el *Participante* para registrarse y participar en este *Evento*.
- C. Los *Padres* reconocen y aceptan que:
 - (1) el *Participante* y los *Padres* voluntariamente desean participar en el *Evento*,
 - (2) el *Evento* puede implicar la actividad física que implique riesgo de lesiones;
 - (3) el *Participante* cumplirá con todas las políticas y normas establecidas para el *Evento* y las instrucciones de las personas para facilitar, organizar o supervisar el *Evento*;
 - (4) el *Participante* y los *Padres* son responsables de la conducta del *Participante* durante el *Evento* y son responsables de los daños y perjuicios, demandas, u otros costos causados por el *Participante* o incurrida como resultado de la conducta del *Participante*, y
 - (5) Si la conducta del participante es inadecuada, peligrosa o perjudicial para el evento, para los demás participantes u otras personas, la Parroquia / Escuela o la Diócesis pueden terminar la participación del participante en el evento y en eventos futuros.
- D. A menos que este párrafo sea tachado y e inicialado por los que firman, los *Padres* autorizan a la *Parroquia/Escuela* y a la *Diócesis* proporcionar al participante aspirinas, analgésicos, medicinas para el resfriado, y otros medicamentos de venta sin receta, a petición del *Participante*, si la *Parroquia/Escuela* o *Diócesis* consideran razonable hacerlo. La *Parroquia/Escuela* hará esfuerzos razonables para notificar a los padres antes de autorizar cualquier exceso de tales medicamentos de venta sin receta.
- E. En el caso de una emergencia o una situación que se estime de emergencia, los *Padres* autorizan a la *Parroquia/Escuela* y la *Diócesis* a buscar y autorizar la atención médica de emergencia que se dará al *Participante* (por ejemplo, primeros auxilios, medicamentos, anestesia, o cirugía). La *Parroquia/Escuela* harán esfuerzos razonables para notificar a los *Padres* antes de autorizar cualquier atención de emergencia.
- F. Los *Padres* otorgan a la *Parroquia/Escuela* y a la *Diócesis* el permiso de:
 - (1) fotografiar y vídeo grabar al *Participante* durante el *Evento*, y
 - (2) a utilizar las fotografías y cintas de vídeo en las publicaciones y promociones de la *Parroquia/Escuela* y la *Diócesis*, incluyendo pero no limitándose a las publicaciones tales como sitios de internet, boletines informativos, anuncios, álbumes de recortes, y anuarios.

G. En la medida permitida por la ley, los *Padres*, por sí mismos y por el *Participante*, liberan y se comprometen a indemnizar y a eximir de responsabilidad a la *Parroquia/Escuela*, la *Diócesis*, y la *Compañía de Transporte* de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, demandas, y los costos que puedan surgir como resultado de la participación del *Participante* en el *Evento* o que es, de alguna manera, en relación con dicha participación. Este párrafo abarca la pérdida bajo cualquier teoría de la pérdida (por negligencia u otra forma), incluyendo pero no limitada a, lesiones personales o daños materiales. Los *Padres* y el *Participante* asumen todos los riesgos de lesiones o pérdidas por daños corporales o daños materiales.

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

Por favor proporcione la siguiente información.

CONTACTO DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

En el caso de una emergencia llame a: _____

Teléfono(s): _____

Contacto alternativo: _____

Teléfono(s): _____

Compañía del Seguro Médico del *Participante*: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Deberá adjuntar copia de la tarjeta de seguro médico.

Fecha de la última vacuna contra el Tétanos: _____

El participante tiene las siguientes condiciones (alergias, condiciones médicas, etc): _____

Agregue una hoja adicional si es necesario.

El participante está tomando los siguientes medicamentos: _____

Adjunte copias de la receta y las instrucciones relacionadas con el medicamento, incluyendo la cantidad y el horario de dosis.

Instrucciones especiales u otra información: _____

Notas de la Oficina