



The Catholic Diocese of Victoria in Texas

YOUTH PERMISSION FORM/MEDICAL RELEASE

NAME _____ **Gender** _____ **Grade** _____

Address _____ **City** _____ **St/Zip** _____

Phone (____) _____ **Age** _____ **Birthdate** _____

Parish _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME _____

Address (if different than above) _____

Phone (____) _____ **Cell** (____) _____ **Wk** (____) _____

I request and give my consent for my son/daughter, _____ to participate in all church/school sponsored activities from **August 1, 2019 through July 31, 2020, sponsored by St. Michael Church**, and/or by the Diocese of Victoria. I understand that my son/daughter will be under the supervision of diocesan and/or parish/school personnel. I give my permission to the personnel in charge of the activity to search my child's belongings, bag, backpack, or other container if it is deemed necessary to do so. As parent or legal guardian I agree to defend, indemnify and hold harmless the Diocese of Victoria and **St. Michael Church**, its clergy, officers, agents, employees and volunteers from any claims, costs or expenses for property damages, personal injuries or other damages arising out of my son/daughter's participation in the above mentioned activity or during the transportation to and from the event. I grant permission for non-prescriptive medication (e.g. tylenol, throat lozenges, cough syrup, pepto-bismol, etc.) and routine nonsurgical medical care to be given to my son/daughter if deemed advisable by the supervising diocesan and/or parish personnel. In case of an emergency, I also grant permission to transport my child to the nearest hospital for emergency medical or surgical treatment and for an authorized adult sponsor to sign for treatment if I cannot be located.

Parent's Signature _____ Date _____

My son/daughter is allergic to: _____

My son/daughter takes the following medication (name, dosage): _____

This medication is for: _____

Medication that my son/daughter is allergic to: _____

Last immunization/booster for Diphtheria/Tetanus: _____

Any specific medical problems: _____ Any physical limitations: _____

Family Physician _____ Phone (____) _____

Address _____ City/State/Zip _____

Name of Insurance Company _____ Phone (____) _____

Address _____

City/St/Zip _____

Name of Insured _____ Policy # _____

Group or Plan # _____ I do not have insurance at this time.

Contacts in case of emergency and parent cannot be reached:

Name _____ Cell Phone (____) _____ Other Phone (____) _____

Name _____ Cell Phone (____) _____ Other Phone (____) _____

___ My child may also be released to the emergency contact adults listed above after an event.(Please initial)



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

Nombre: _____ Sexo: _____ Grado: _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____
Estado/C.P. _____ Teléfono: (____) _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ Parroquia: _____
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL: _____
Domicilio (si es diferente al indicado arriba): _____
Teléfono (____) _____ Número de celular: _____
Teléfono del trabajo: _____

Solicito y doy mi consentimiento para que mi hijo(a) _____ participe en todas las actividades de la iglesia/escuela patrocinadas por Iglesia Católica St. Michael Church, y/o la Diócesis de Victoria. Entiendo que mi hijo (a) estará bajo la supervisión del personal diocesano y/o parroquial/escolar. En caso de que se considere necesario, autorizo al personal a cargo de la actividad a registrar las pertenencias de mi hijo(a) tales como las bolsas, mochilas o recipientes. Como padre o tutor legal, estoy de acuerdo en defender, indemnizar y eximir de responsabilidad a la Diócesis de Victoria y St. Michael Church sus clérigos, líderes, miembros del personal, empleados y voluntarios, de cualquier reclamo, costo o gasto por daños a la propiedad, lesiones personales u otros daños que se deriven de la participación de mi hijo (a) en la actividad mencionada o durante el traslado de ida o de regreso del evento. Asimismo, autorizo a que le administren a mi hijo(a) medicación no recetada/de venta libre (p. ej., Tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos, Pepto-Bismol, etc.) y que, asimismo, le brinden atención médica rutinaria no quirúrgica a mi hijo, si lo considera conveniente el personal diocesano y/o parroquial que lo supervisa. En caso de una emergencia, doy permiso para trasladar a mi hijo al hospital más cercano para que reciba un tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Además, concedo mi autorización para que uno de los adultos encargados del grupo firme para que mi hijo(a) reciba tratamiento en caso de que no puedan localizarme.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

Mi hijo(a) es alérgico a: _____

Mi hijo(a) toma los siguientes medicamentos (nombres, dosis): _____

La medicación es para: _____

Mi hijo(a) es alérgico a estos medicamentos: _____

Fecha de las últimas vacunas/dosis de refuerzo de difteria y tétanos: _____

Problemas médicos específicos: _____ Limitaciones físicas: _____

Médico de familia: _____ Teléfono (____) _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/C.P.: _____

Compañía de seguros: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____ Ciudad/estado/C.P.: _____

Nombre del asegurado: _____ Número de póliza: _____

Número de grupo o plan: _____ No dispongo de seguro médico en este momento.

Contactos de emergencia en caso de que el padre/tutor no se pueda localizar:

Nombre: _____ Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono celular: _____ Otro teléfono: _____

_____ Mi hijo también podrá ser recogido por los adultos que aparecen como contactos de emergencia en el presente documento al culminar un evento. (Favor de poner sus iniciales en la línea)