

Escuela/Parroquia _____ Escuela/Parroquia Año: 201_ hasta 201_

Consentimiento para participar en viajes, paseos o excursiones locales

Este permiso debe ser devuelto a la parroquia en la fecha señalada en la planilla de información sobre viajes, paseos o excursiones locales. En caso de que este permiso no sea llenado y devuelto a la parroquia en la fecha señalada, el niño o menor no podrá participar en el viaje, paseo o excursión. Ninguna autorización verbal o escrita podrá sustituir este permiso.

Yo, quien suscribe y firma esta forma, declaro que soy el guardián o representante legal de _____ (denominado "Participante") También, declaro que he recibido y revisado la información sobre viajes, paseos o excursiones locales, dada a mi persona por la parroquia. Estoy de acuerdo con los términos, condiciones, manera de transportación y costos suscritos. Doy consentimiento para que el participante le sea permitido participar en el viaje, paseo o excursión local que se efectuará el día ____ con destino a _____.

PERMISO Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO: Garantizo que hasta donde llegan mis conocimientos, mi hijo(a) goza de buena salud y está capacitado(a) físicamente para participar en los viajes, paseos o excursiones. Por lo tanto, asumo y acepto toda responsabilidad por el estado de salud y condición física del participante, así como su capacidad para participar en este viaje. En caso de que el participante requiera tratamiento médico, autorizo a que sea trasladado a un hospital o entidad médica para una evaluación y cuidados de emergencia, incluyendo rayos X y sí el caso lo ameritase doy permiso para una intervención quirúrgica de emergencia. Autorizo a al médico o al centro médico para dar tratamiento de emergencia. Por lo tanto, **acepto toda la responsabilidad de pagar cualquier cuenta derivada del tratamiento médico de emergencia.**

PERMISO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTO: ¿Requiere mí hijo(a) que le sea administrado algún medicamento durante el viaje, paso o excursión local?: Sí _____ No _____
Sí la respuesta es positiva, entonces debe llenar y firmar la forma o formulario de consentimiento para administración de medicamento que está en la parte reversa de esta hoja.

RENUNCIA A DEMANDAS CIVILES: En consideración de los arreglos aquí establecidos, el que suscribe, en su propia representación, como del "participante", sus respectivos herederos, sucesores, beneficiarios y parientes más cercanos, declaro y notifico NO DEMANDAR a la parroquia Católica de _____, ni al Arzobispo de la Arquidiócesis de Oklahoma City como tampoco a la Arquidiócesis de Oklahoma City, ni a ninguno de sus respectivos departamentos, directores, administradores, maestros, oficiales, agentes, representantes, voluntarios y empleados. Declaro entonces, que renuncio a cualquier acción, reclamo y demanda derivadas a consecuencias y sin limitación, de cualquier herida personal, daños materiales a la propiedad que yo y/o mi niño(a) pudiese sufrir a causa de una enfermedad o herida sufrida por mi niño(a) como resultado de su participación en el viaje local hasta la más completa extensión permitida por la ley.

FIRMA

Nombre y firma del Padre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Teléfono de contacto: _____ Teléfono celular: _____

Estoy dispuesto a manejar o conducir: (marque con un circulo): Sí _____ No _____

Mi vehículo tiene el siguiente número de cinturones de seguridad para pasajeros: _____

Sí está dispuesto a manejar o conducir, debe llenar el formulario sobre **Formulario C Información del Conductor.**

Escuela/Parroquia _____ Escuela/Parroquia Año: 201_ hasta 201_

Permiso y cesión de derechos para administración de medicamento

Esta formulario debe ser usada conjuntamente con la primera pagina del **Formulario B-2** *Consentimiento para participar en viajes, paseos o excursiones locales* y el **Formulario A** *Autorización, consentimiento y cesión de derechos para el programa de educación religiosa y el programa para jóvenes*. Sí el menor o niño requiere medicación durante el viaje, paseo o excursión local o durante las actividades del programa de educación religiosa y el programa para jóvenes, debe el guardián o representante legal del participante firmar y llenar este formulario y devolverlo a la parroquia antes del inicio de la actividad planeada. El guardián o representante legal del participante debe notificar al coordinador(res) del programa o viaje sobre los cambios en la condición médica del participante, incluyendo cualquier tipo de alergias, no solamente limitadas a comidas, medicamentos, insectos, etc.

Autorización de medicamento para _____

Requerimiento y autorización de administrar medicamento: solicito y autorizo al personal de la actividad para que le administre las siguientes medicinas que parecen abajo al participante en las dosis señaladas:

	<u>Nombre de la medicina</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Nota: Todas las medicinas aquí indicadas deben ser suministradas en el envase original proveído por la farmacia con la descripción de la medicina, el nombre del médico que las prescribe y las instrucciones del mismo.

(Agregue hojas sí es necesario)

Doy consentimiento ____ no doy consentimiento_____ para que le sea suministrada de forma apropiada al participante medicina sin prescripción y sin aspirina tales como ibuprofen o acetaminofén, etc.

FIRMA

Nombre del Padre/tutor legal (Por favor use letra imprenta): _____

Firma del Padre/tutor legal: _____ *Fecha:* _____