

Escuela/Parroquia \_\_\_\_\_

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

**AUTORIZACIÓN, CONSENTIMIENTO Y CESIÓN DE DERECHOS PARA EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN RELIGIOSA Y EL PROGRAMA PARA JÓVENES*****Esta forma o formulario debe ser llenado y completado como parte del proceso de inscripción para la participación en las actividades de educación religiosa y el programa para jóvenes.***

(Por favor use letra imprenta)

Nombre del participante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo Femenino/Masculino: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del domicilio: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Participante vive con (marque todo lo que sea aplicable): Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Tutor(es) legal(es) \_\_\_\_\_

Tutor/Nombre de la persona que tiene la custodia \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Segundo contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono del casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**PERMISO DE PARTICIPACIÓN:** Yo, la persona que firma este documento, declaro que soy el padre o tutor legal del participante y autorizo para que él/ella se le permita participar en el programa de educación religiosa y el programa para jóvenes que se efectuará en \_\_\_\_\_ durante el 201\_\_/201\_\_. Entiendo que el programa consiste en sesiones semanales y otras actividades relacionadas con el Programa.**ARTÍCULOS PERDIDOS O ROBADOS:** Entiendo y estoy de acuerdo que ni la Arquidiócesis de Oklahoma City y/o parroquia/escuela católica de \_\_\_\_\_, ni ninguno de sus respectivos empleados, directores, agentes, representantes o voluntarios son responsables por la pérdida o robo de alguna propiedad personal de mi niño(a) o mía, durante la participación en el de educación religiosa y el programa para jóvenes.**INFORMACIÓN MÉDICA:** ¿Tiene su hijo(a) alguna condición médica especial (ejemplo: diabetes, epilepsia, problemas cardíacos, etc.) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No. **Sí su respuesta es afirmativa**, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias: \_\_\_\_\_¿Sufre su hijo(a) de algún tipo de alergia? (ejemplo: a picadas de insectos, fiebre de heno, a las fresas, a los cacahuates; etc.) \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No. **Sí su respuesta es afirmativa**, por favor, explique (agregue las hojas que sean necesarias): \_\_\_\_\_¿Ha tenido su hijo(a) algún tipo de reacción alérgica a algún medicamento? (Por ejemplo: a la penicilina, ibuprofen, acetaminofén, etc. \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No. **Sí su respuesta es afirmativa**, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias \_\_\_\_\_¿Tiene su hijo(a) alguna incapacidad física o limitaciones de desarrollo? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No. **Sí su respuesta es afirmativa**, por favor, explique y agregue las hojas que sean necesarias \_\_\_\_\_

Fecha en que el participante recibió la última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_

Médico del participante: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

# de Grupo: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado primario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Iniciales del Padre/Tutor Legal)

**Como regla, ningún medicamento será administrado por el personal del programa de educación religiosa o el programa para jóvenes en cualquier actividad extendida o con pernoctación. Si alguna medicación es requerida se debe firmar y llenar completamente la autorización, consentimiento y cesión de derechos para tratamiento médico antes de cualquier actividad.**

**PERMISO Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO:** Soy el padre o custodio / tutor legal de del participante. Garantizo que hasta donde llegan mis conocimientos, mi hijo(a) goza de buena salud y está capacitado(a) físicamente para participar en las actividades del Programa de Educación Religiosa y el Programa para Jóvenes. En caso de que el participante requiera atención médica inmediata, yo autorizo y doy permiso para que el participante sea transportado a un centro hospitalario y allí le sean suministrados la evaluación o servicios de emergencia. Por lo tanto, queda entendido que doy autorización al médico o centro hospitalario para que den tratamiento al participante, incluyendo tratamiento quirúrgico y rayos X. 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 Programa.

**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, notifico y acepto a 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 de y sin limitación a, 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 Programa de ER/Jóvenes hasta la más completa extensión permitida por la ley.

**HE LEIDO Y COMPRENDO ESTE CONSENTIMIENTO Y FORMULARIO DE CESIÓN DE DERECHOS Y LO FIRMO COMPLETAMENTE BAJO MI PROPIA VOLUNTAD.**

Nombre del Padre/Tutor legal (favor de usar letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TODOS LOS PARTICIPANTES DE 14 AÑOS DE EDAD O MAYORES DEBEN LEER Y FIRMAR LA DECLARACIÓN SIGUIENTE:**

Reconozco y estoy de acuerdo en que debo conducirme de una manera consistente y coherente con las normas de la parroquia/ escuela católica \_\_\_\_\_. De lo contrario, puede resultar que me sea requerido dejar el programa de educación religiosa o el programa para jóvenes, esto de acuerdo a la discreción de la parroquia/escuela.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_