

**St. John the Evangelist – Marble Falls Consent Form / Formulario De Consentimiento  
(September/septiembre 2020 – May/mayo 2021)**

**Photo Release - Informacion Photo**

**Photo Release:**  YES  NO I grant permission to St. John the Evangelist to take photographs/film/videotapes/electronic representations of my child.

**Autorizacion para Foto:**  Si  No Otorgo permiso a San Juan Evangelista para tomar fotografías/videos/representaciones electrónicas de mi hijo(a)

**PARENT HANDBOOK-MANUAL PARA PADRES**

\_\_\_\_\_ (*Initial*) I acknowledge that I have received and read the Parent Handbook for St John the Evangelist Catholic Church in Marble Falls. I understand that it is my responsibility to contact the Director of Faith Formation if I do not understand an item in the Parent Handbook.

\_\_\_\_\_ (*Inicial*) Yo, reconozco que he recibido y leído el Manual para padres de la Iglesia católica San Juan Evangelista en Marble Falls. Entiendo que es mi responsabilidad contactar al Director de Formación de Fe si no entiendo un artículo en el Manual para Padres.

**Medical Information and Release Form**

In the event of illness or injury, I, the parent/guardian of \_\_\_\_\_ consent to whatever x-ray examination, anesthetic, medical, surgical, dental diagnosis, or treatment and hospital care considered necessary in the best judgment of the attending physician, surgeon, or dentist and performed by or under the supervision of a member of the medical staff of the hospital or facility furnishing medical or dental services.

En caso de emergencia, Yo, padre/madre de \_\_\_\_\_ dar su consentimiento para cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico médico, quirúrgico, dental o tratamiento y atención hospitalaria que se considere necesaria en el mejor criterio del médico, cirujano o dentista a cargo y realizada por o bajo la supervisión de un miembro del médico personal del hospital o centro que brinda servicios médicos u odontológicos.

<b>Parent or Guardian Name</b> <b>Nombre de Madre o Padre:</b>	<b>Alt. Phone #</b> <b>Otro teléfono:</b>
<b>Physician Name</b> <b>Nombre de Doctor:</b>	<b>Phone #</b> <b>Teléfono:</b>

List any allergies/ Alergias: \_\_\_\_\_

In Case of Emergency Call (Name & Phone #)  
En caso de emergencia (Nombre y teléfono): \_\_\_\_\_

Parent Signature  
Firma de Padres: \_\_\_\_\_

Date:  
Fecha: \_\_\_\_\_