

**PARROQUIA SAGRADO CORAZON, GLYNDON**  
**MINISTERIO DE JÓVENES Y JÓVENES ADULTOS**

**ACUERDO DE PERMISO Y LIBERACIÓN PARA PARTICIPANTE MENOR**

Nombre del participante: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	
Ciudad / Estado / Código postal: _____	
Correo electrónico: _____	Teléfono celular: _____
Padre / tutor: _____	Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____	Teléfono del trabajo: _____

Por la presente otorgo permiso para que mi hijo menor participe en todas y cada una de las actividades asociadas con **Ministerio de Jóvenes y Jóvenes Adultos** facilitadas por **la Parroquia Sagrado Corazon** (la "Parroquia"), ya sea en las instalaciones de la parroquia o en ubicaciones fuera del sitio, desde **Septiembre 2021** hasta **Agosto 2022** (colectivamente, las "Actividades"). En consideración a la oportunidad de que mi Hijo participe en las Actividades, yo, a sabiendas y voluntariamente, en mi nombre y en el de mi Hijo, por la presente acepto **LIBERAR** a **Parroquia Sagrado Corazon** y a la Arquidiócesis de Baltimore y cada de sus organizaciones afiliadas, agentes, junta directiva, departamentos, empleados, funcionarios, directores, voluntarios, funcionarios, representantes, agentes, aseguradoras, estudiantes y otros participantes en las Actividades (colectivamente, la "Arquidiócesis de Baltimore"), en la mayor medida posible permitido por la ley, de cualquier y toda responsabilidad, reclamo, demanda y causas de acción, incluidas las reclamaciones por negligencia, que surjan o se relacionen con cualquier pérdida, daño o lesión (incluida la enfermedad o la muerte) sufridos en relación con, o que surjan de, la participación de mi hijo en las Actividades, incluidas todas y cada una de las acciones tomadas por la Parroquia o la Arquidiócesis de Baltimore de conformidad con este Acuerdo de Permiso y Exención.

Con mi firma a continuación, entiendo y reconozco que la participación de mi hijo en las actividades puede implicar el riesgo de lesiones menores o graves, incluidas enfermedades, discapacidad permanente, muerte y/o pérdidas económicas que puedan resultar de las acciones o inacciones de mi hijo, las acciones o inacciones de otros, y los riesgos inherentes de las Actividades. Además, entiendo y reconozco que las Actividades pueden involucrar actividades al aire libre, que incluyen, entre otras, la exposición al sol y otros elementos, y las condiciones ambientales cambiantes debido a las inclemencias del tiempo, rayos, viento o temperatura. Entiendo completamente, aprecio y por la presente asumo en nombre de mi hijo todos los peligros y riesgos conocidos y desconocidos relacionados con la participación de mi hijo y elijo voluntariamente permitir que mi hijo participe en las actividades.

Entiendo que la participación de mi hijo en las actividades puede requerir un nivel mínimo de aptitud para una participación segura, y que la parroquia y la arquidiócesis de Baltimore no examinan, por motivos médicos o de otro tipo, a las personas que participan en las actividades. Reconozco que es mi única responsabilidad asegurarme de que mi hijo esté en buena forma física y lo suficientemente saludable para participar en las actividades. Al permitir que mi hijo participe en las actividades, confirmo que mi hijo no tiene una temperatura elevada y no ha mostrado ningún síntoma relacionado con el COVID-19 según lo identificado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). En el caso de una emergencia de salud o necesidad de atención médica urgente, después de que se haya hecho un esfuerzo razonable para contactarme a mí y a cualquier contacto de emergencia mencionado a continuación (o si la urgencia de las circunstancias no permite un intento de contactarme) o cualquier contacto de emergencia mencionado a continuación), autorizo y doy mi consentimiento para cualquier atención médica que se considere necesaria para la salud y seguridad de mi hijo durante las Actividades.

Por la presente autorizo a la Parroquia y la Arquidiócesis de Baltimore a tomar fotografías y grabaciones de video de mi hijo en relación con la participación de mi hijo en el programa. Reconozco y acepto que las fotografías o videos de los participantes en el Programa, incluido mi Hijo, pueden usarse y publicarse con fines educativos y promocionales, incluidos, por ejemplo, fines tales como publicaciones, contenido de sitios web o redes sociales, u otros medios impresos o electrónicos, materiales producidos de vez en cuando por la Parroquia o la Arquidiócesis de Baltimore. (Sin embargo, los participantes no serán identificados por su nombre sin el consentimiento específico por escrito). Estoy de acuerdo en que, si no deseo que mi hijo sea fotografiado o grabado en video, notificaré a la parroquia por escrito. Entiendo que la Parroquia y la Arquidiócesis no tienen control sobre el uso de fotografías o películas tomadas por los medios que puedan cubrir el Programa en el que mi hijo participa.

Por la presente otorgo permiso a cualquier miembro del personal de la Parroquia o Arquidiocesano o voluntario para proporcionar los siguientes medicamentos de venta libre (o su equivalente genérico) a mi Hijo si lo solicita mi Hijo durante las Actividades, de acuerdo con las instrucciones de dosificación provistas en el formulario correspondiente, empaque del medicamento (marque todos los que correspondan):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tylenol/Acetaminofén  | <input type="checkbox"/> Benadryl Difenhidramina        | <input type="checkbox"/> Advil/ Ibuprofeno |
| <input type="checkbox"/> Imodio/ Antidiarreico | <input type="checkbox"/> Neosporin/Ungüento antibiótico | <input type="checkbox"/> Pepto Bismol      |

**Los siguientes contactos de emergencia tienen permiso para recoger a mi hijo y tomar decisiones con respecto a mi hijo en mi nombre si la parroquia o la Arquidiócesis de Baltimore no pueden comunicarse conmigo:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si se determina que alguna disposición o disposiciones de este Acuerdo de exención es inválida o inaplicable, ya sea en su totalidad o en parte, las partes acuerdan que la disposición inválida o inaplicable se modificará en la medida mínima necesaria para que sea válida y ejecutable, de modo que los derechos y obligaciones de las partes de este Acuerdo de exención se conservan en la mayor medida permitida por la ley.

**CERTIFICO QUE SOY EL PADRE O TUTOR LEGAL DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE, HE LEÍDO EL ACUERDO DE PERMISO Y LIBERACIÓN ANTERIOR Y CUALQUIER DOCUMENTO ADJUNTO, ADJUNTO, ENTIENDO QUE RENUNCIO VOLUNTARIAMENTE A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO.**

**X** \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

**(DEBE** marcar una de las opciones siguientes)

- Mi hijo está cubierto por un seguro médico y de hospitalización con el número de póliza \_\_\_\_\_ emitido por \_\_\_\_\_.
- Mi hijo NO está cubierto por un seguro médico ni de hospitalización y yo asumo la responsabilidad por cualquier costo de hospitalización y atención médica de mi hijo.

INCLUYA Y EXPLIQUE cualquier otra información relativa a alergias, enfermedades, restricciones dietéticas, etc.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_