

FORMULARIO DE PERMISO, RENUNCIA Y AUTORIZACION PARA BUSCAR TRATAMIENTO MEDICO

(rev. 7-9-2020) para VBS @ St. Peter in Chains Escuela 12 – 16 Julio, 2021

1. Yo, el padre con custodia/tutor legal de _____ (el “Niño/Niña”), doy permiso para que mi Hijo/Hija participe en la actividad descrita en el *Formulario de Información de Actividad* (la “Actividad”) y libero de toda obligación, indemnizar y eximir de responsabilidad **St. Peter in Chains Iglesia Y escuela - 451 Ridgelawn Ave. Hamilton OH 45013** de la Arquidiócesis de Cincinnati (la “Arquidiócesis”) del Arzobispo de Cincinnati (el “Arzobispo”), y todos sus agentes, representantes, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad, reclamos, juicios, daños, costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, que surjan de cualquier lesión, enfermedad, enfermedad infecciosa y/o contagiosa (como SARM, gripe o COVID-19), o la muerte, (incluyendo cualquier lesión, enfermedad infecciosa o la muerte causada por la negligencia de la Parroquia y la Escuela, el Arzobispo, la Arquidiócesis, cualquier parroquia o escuela dentro de la Arquidiócesis, o cualquiera de sus agentes, representantes, voluntarios o empleados) incurridos por mi Hijo/Hija mientras participaba en la Actividad, viajaba hacia o desde la Actividad, o mientras usaba las instalaciones y el equipo de la Parroquia y la Escuela. Además, acepto no presentar, enjuiciar o permitir que se presenten o enjuicien (incluyendo, pero no limitado a, procesamiento a través de la subrogación) en mi nombre, o en nombre de mi Hijo/Hija, cualquier reclamo, demanda o acción contra la Parroquia y la Escuela, el Arzobispo, la Arquidiócesis, todas las parroquias y escuelas dentro de la Arquidiócesis, o sus agentes, representantes, voluntarios y empleados.

1. Entiendo que la participación de mi Hijo/Hija en la Actividad es puramente voluntaria y es un privilegio y no un derecho, y que mi Hijo/Hija y yo, en nombre de mi Hijo/Hija, estoy de acuerdo con la participación de mi Hijo/Hija en la Actividad a pesar de los riesgos de lesiones, enfermedades, enfermedades infecciosas y/o transmisibles (como SARM, gripe o COVID-19), y la muerte. Estoy de acuerdo en que si mi Hijo/Hija tiene problemas de salud subyacentes que pueden ponerlo en mayor riesgo de contraer COVID-19 o que posiblemente aumentarían la gravedad de la enfermedad si COVID-19 es adquirido, entonces mi hijo/hija y yo consultaremos con un profesional de la salud antes de que participe en la actividad.

2. Acepto instruir a mi Hijo/Hija para que coopere con los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o la Arquidiócesis que están a cargo de la Actividad.

3. Autorizo a los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o de la Arquidiócesis que actúan como líderes de la Actividad a buscar tratamiento médico para mi Hijo/Hija en caso de cualquier lesión, enfermedad o emergencia médica durante la Actividad o viaje relacionado. Entiendo que los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o la Arquidiócesis harán un intento razonable de ponerse en contacto conmigo tan pronto como sea posible en caso de una emergencia médica que involucre a mi hijo/hija.

1. *Por favor indique.* Yo estoy de acuerdo no estoy de acuerdo que la Parroquia y Escuela y/o la Arquidiócesis puedan usar el retrato o fotografía de mi Hijo/Hija con fines promocionales, sitio web y funciones de oficina.

2. *Por favor indique.* Yo estoy de acuerdo no estoy de acuerdo que la Parroquia y Escuela y/o la Arquidiócesis pueden usar las redes sociales y la tecnología para comunicarse con mi hijo/hija con respecto a las actividades del ministerio relacionado con la parroquia/escuela.

3. Este Permiso, Liberación y Autorización está destinado a ser tan amplio e inclusivo como está permitido por la ley del Estado de Ohio, y si alguna parte del presente es declarado inválido, se acuerda que el saldo continuará, de todas formas, en pleno vigor y efecto legal. Este Permiso, Liberación y Autorización se interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Ohio, excluyendo, e independientemente de, cualquier elección de principios legales en sentido contrario.

4. La Parroquia y Escuela, la Arquidiócesis, el Arzobispo y sus agentes, empleados y voluntarios no tendrán responsabilidad alguna en caso de que la Actividad sea cancelada debido, en su totalidad o en parte, a cualquier pandemia, epidemia, enfermedad o enfermedad generalizada, preocupación de salud pública o circunstancias que surjan de ella, o de las acciones tomadas por cualquier autoridad gubernamental o municipal para prevenir, evitar o mitigar sus impactos.

He leído cuidadosamente, entiendo y acepto los términos y condiciones aquí establecidos y reconozco y acepto que este Permiso, Liberación y Autorización para Buscar Tratamiento Médico será efectivo y vinculante para mí, mi Hijo/Hija y nuestros representantes personales, patrimonios, asignados, herederos y parientes mas cercanos. He firmado a continuación por mi propia voluntad.

Firma del Padre con Custodia/Tutor Legal _____ **Fecha** ___/___/_____

Nombre del padre: _____ **Dirección** _____
Postal _____

Lugar de empleo y Direccion Postal:

Número de teléfono del Padre en Custodia/Tutor Legal (celular): _____ ;

(otro número de teléfono): _____

Número de teléfono del Contacto de Emergencia (celular): _____ ;

(otro número de teléfono): _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA – VBS July 12- 16, 2021
Completado por el Padre con Custodia/Guardián Legal— Favor de imprimir

Nombre del Niño/Niña _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Alergias (por ejemplo, alimentos, medicinas, anestésicos): _____

Medicamentos que toma regularmente: _____

Condiciones médicas/Deterioros (Por ejemplo: epilepsia, diabetes, asma): _____

Doctor familiar: _____ Número de teléfono: _____

Padre con Custodia/Guardián Legal Número de (celular): _____ ;(otro número de teléfono): _____

Contacto de Emergencia Número de teléfono (celular): _____ ;(otro número de teléfono): _____

(Ver a continuación el *Formulario de Informacion de Actividad*)

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD

B. Actividad única

Parroquia/Escuela St. Peter in Chains Parroquia y Escuela Actividad VBS – Escuela Vaccaciones Biblia

Ubicación 451 Ridgelawn Ave., Hamilton, OH 45013 Núm. de emergencia 513-236-6946 Costo \$ 5.00

Fecha y hora de inicio 7-12-21 Lugar de reunión 9:15 am

Fecha y hora de finalización 7-16-21 Lugar de reunión NOON 12:00 pm

Actividades involucradas orando, cantando, actuando fuera de la Biblia, jugar, compartir aperitivos

Tipo de transporte (si existe) Padres, Llevar a los niños a VBS y recogerlos todos los dias

Líder del Grupo Mary Pat Austing / Heather Hart / Pilar Hernandez Núm. de teléfono 513-236-6946

Otra Información Usar una cubre boca. Llevar una botella de agua cada día. Los padres recogen a los niños al mediodía despues de la program..

Firma del Padre en Custodia/Guardián Legal _____ Fecha ____ / ____ / ____