

Medical Information and Parental/Guardian Consent Form/Liability Waiver

Forma de Permiso para el Joven y Consentimiento Médico

Youth First Name: _____
Nombre del Joven

Last Name: _____
Apellido

Date of Birth: _____
Fecha de Nacimiento

Home Phone: _____
Teléfono

Parent/Guardian's First Name: _____
Nombre del Padre o Tutor Legal

Last Name: _____
Apellido

Cell Phone: _____
Número de teléfono de celular

Can Phone Receive Texts? _____
¿Puede recibir mensajes de texto?

(initial) **Medical Matters/Asuntos Médicos:** I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child is in good health and I assume all responsibility for the health of my child.
Por el presente garantizo que hasta donde tengo conocimiento, mi hijo/a está en buen estado de salud y asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo/a.

(initial) **Emergency Medical Treatment/Tratamiento Médico de Emergencia:** In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor. In the event of an emergency, if you are unable to reach me at the above number, contact:
En caso de una emergencia, por el presente doy permiso para transportar a mi hijo/a a un hospital para recibir tratamiento medico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser informado con anticipación de cualquier tratamiento adicional a llevarse a cabo por el hospital o el médico. En caso de una emergencia, si no puede ponerse en contacto en los números arriba, póngase en contacto con:

(1) Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____
Nombre Relación Teléfono

(2) Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____
Nombre Relación Teléfono

Health Plan Carrier for Child: _____ Policy#: _____
Seguro Médico Familiar para el Joven Póliza#

Other Medical Treatment/Otro Tratamiento Médico: In the event it comes to the attention of the parish, its officers, directors and agents, and the Diocese of Boise, chaperones, or representatives associated with the activity, that my child becomes ill with symptoms such as headache, vomiting, sore throat, fever, diarrhea. I want to be called (collect with charges reversed to myself, if necessary). Parent/Guardian Initial, if you want to be called: _____
En caso de que llegue a ser del conocimiento de la parroquia/escuela, de sus funcionarios, directores y agentes, y de la Diócesis de Boise, chaperones o representantes asociados con la actividad, que mi hijo/a se ha enfermado con síntomas tales como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre y diarrea; deseo ser llamado por cobrar (los gastos telefónicos serán cubiertos por mí). Padre/Tutor Legal inicial, si desea ser llamado: _____

Medications/Medicamentos: If my child is taking medication, my child will bring all such medications necessary and such medications will be well-labeled. Names of medications and concise directions for seeing that the child takes such medications, including dosage and frequency of dosage will be provided to the appropriate Our Lady of the Valley director of said event or activity.
Si mi hijo/a esta tomando actualmente medicamento, el/ella traerá tales medicamentos necesarios y estos medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para asegurarse que el niño/a toma este tipo de medicamentos, incluyendo dosis y frecuencia de su administración, será proveído al director adecuado de Nuestra Señora del Valle correspondiente al evento o actividad.

I grant permission for non-prescription medication (i.e., non-aspirin products such as acetaminophen or ibuprofen, throat lozenges, cough syrup) to be given to my child, if deemed necessary.
Doy permiso para dar medicamentos sin receta médica (es decir, productos que no contengan aspirina, como acetaminofén o ibuprofeno, pastillas para la garganta o jarabe para la tos) a mi hijo/a, si se considera apropiado.

OR

No medication of any type, whether prescription or non-prescription, may be administered to my child unless that situation is life-threatening and emergency treatment is required.
Ningún medicamento de cualquier tipo, ya sea con receta o sin receta, se puede administrar a mi hijo/a a menos que la situación sea de vida o muerte y se requiera tratamiento de emergencia.

Parent/Guardian: Select one of the above and initial: _____

Padre/Tutor Legal: Seleccione uno de los anteriores y firma con las iniciales.

Medical Information/Consent/Liability Waiver/ Forma de Permiso/Consentimiento Médico
Page/Página 2

Specific Medical Information/Información Médica Específica: The parish will take reasonable care to see that the following information will be held in confidence:

La parroquia/escuela tomará las precauciones a su alcance para ver que la siguiente información se manejará en confianza.

Allergic reactions (medications, foods, plants, insects, etc.) *Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.):* _____

Immunizations: Date of last tetanus/diphtheria immunization/*Vacunas: Última fecha de la vacuna del tétanos/difteria:*

Does child have a medically-prescribed diet? If yes, explain/*¿Tiene el niño/a alguna dieta por prescripción médica?:*

Does child have any physical limitations? If yes, explain/ *¿Tiene el niño/a alguna limitación física?*

Is child subject to chronic homesickness, emotional reactions to situations, sleepwalking, bedwetting, fainting? If yes, explain:

¿Es el niño/a propenso a la nostalgia crónica, a reacciones emocionales ante situaciones nuevas, al sonambulismo, enuresis nocturna (a mojar la cama) o a desmayos?

Has child recently been exposed to contagious disease or conditions, such as mumps, measles, chickenpox, etc.? If yes, list date and disease or condition: _____

¿Ha sido su hijo/a recientemente expuesto a una enfermedad o condiciones contagiosas, tales como las paperas, el sarampión, la varicela, etc.? Si es así, apunta la fecha y la enfermedad o condición.

Are there any other special medical conditions of which the parish or Diocese of Boise should be aware? If yes, explain

Usted deberá tener en cuenta estas condiciones médicas particulares de mi hijo/a:

Photographs and Videos/*Fotografías y Vídeos:* Parents/guardians of participants are advised that photographs or videotape of participants may be used in publications, websites or other materials produced periodically by Our Lady of the Valley, the Diocese of Boise or local parishes. Participants would not be identified without specific written consent. Parents/guardians who do not wish their child(ren) to be photographed or filmed should so notify the parish/Diocese of Boise in writing. Please note that the Diocese of Boise has no control over the use of photographs or film taken by media that may be covering the event in which your child(ren) participate. *Se informa a los padres/tutores de los participantes que las fotografías o video de los participantes pueden ser utilizados en publicaciones, sitios web u otros materiales producidos periódicamente por la Diócesis de Boise o parroquias locales. (Los participantes no serán identificados sin consentimiento específico por escrito. Los padres/ tutores que no deseen que su hijo(a) sea fotografiado(a) o filmado(a) debe notificarlo a la parroquia/diócesis de Boise por escrito. Tenga en cuenta que la Diócesis de Boise no tiene control sobre el uso de fotografías o películas tomadas por los medios de comunicación que puedan estar cubriendo el evento en el que su hijo(a) participe.*

Opt Out: I do not want my child in any videos or photographs taken at church or events.

OPT Out: no quiero mi hijo/a en videos o fotografías tomadas en la iglesia o eventos _____ (initial/inicial)

I, _____ (parent/guardian) grant permission for my child _____ (child's name) to participate in diocesan/parish events that require transportation to a location away from the parish/school site. These activities will take place under the guidance and direction of diocesan/parish employees and/or volunteers from Our Lady of the Valley. A description of each event will be provided to me prior to the event for permission to attend. As a parent and/or legal guardian, I remain legally responsible for any personal actions taken by the above-named minor (participant). I agree on behalf of myself, my child named herein, our heirs, successors, and assigns to hold harmless and defend Our Lady of the Valley, its officers, directors, employees and agents, and the Diocese of Boise, its employees and agents, chaperones, or representatives associated with any event, from any claim arising from or in connection with my child attending the event or in connection with any illness or injury (including death) or cost of medical treatment in connection therewith, and I agree to compensate the parish, its officers, directors, and agents, and the Diocese of Boise, its agents and chaperones, or representative associated with any event for reasonable attorney's fees and expenses which may incur in any action brought against them as a result of such injury or damage, unless such claim arises from the negligence of the parish or the Diocese of Boise.

Yo, _____ (*nombre del padre/tutor legal*) otorgo permiso para que mi hijo _____ (*nombre del niño/a*) participe en este evento diocesano parroquial/escolar que requiere transporte a un lugar fuera de la parroquia/escuela. Esta actividad se llevará a cabo bajo la guía y dirección de los empleados y/o voluntarios de la Parroquia de Nuestra Señora del Valle. Una breve descripción de la actividad se me dará antes del evento para dar permiso a asistir. Como padre y/o tutor legal, permanezco legalmente responsable por cualquier acción personal tomada por el menor mencionado arriba ("participante"). En mi nombre, el de mi hijo/a nombrado en este documento, o en el de nuestros herederos, sucesores y causahabientes estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad y defender Nuestra Señora del Valle a sus funcionarios, directores, empleados y agentes, y a la Diócesis de Boise, sus empleados y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento, de cualquier reclamación que surja debido a o en conexión con mi hijo/a que asiste al evento, o en conexión con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con la misma, y estoy de acuerdo en compensar a la parroquia/escuela, a sus funcionarios, directores y agentes, y a la Diócesis de Boise, sus agentes y chaperones, o representante asociado con el evento por honorarios y gastos razonables de abogados a los que se pueda incurrir en cualquier acción contra ellos como consecuencia de dicha lesión o daño, a menos que surja dicha reclamación de la negligencia de la parroquia o de la Diócesis de Boise.

Signature of Parent/Guardian/*Firma del Padre o Tutor Legal:* _____ *Date/Fecha:* _____