

EXHIBITH J-h (Spanish)

Forma de inscripción en la cual los padres/tutores delegan la responsabilidad de su hijo(a)

OLOA 2018-2019

Diócesis de Beaumont

Parroquia / Escuela

Apellido

UTILIZE LETRA DE IMPRENTA

NOMBRE Apellido Nombre Segundo Nombre SEXO Masculino Femenino

Dirección Calle o P.O. Box. Ciudad Estado C. Postal Tel:

Nombre Dirección de Trabajo Teléfonos, trabajo, Celular, etc. Padre

Madre

Proporcione el nombre de dos familiares o vecinos quienes pueden ser responsables de su hijo(a) en caso de que no se pueda comunicar con ustedes.

NOMBRE NOMBRE

Dirección TEL Dirección TEL

Problemas de Salud: enfermedades del corazón, epilepsia, diabetes, oídos, ojos, alergias coronitas:

Explique:

RELIGION Parroquia a la que pertenece

Año escolar (otoño 20) EDAD FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

NOSOTROS LOS PADRES (PADRE, MADRE O TUTOR) DEL NIÑO(A)/JOVEN, DEL NOMBRE MENCIONADO ARRIBA, POR ESTE CONDUCTO DOY/DAMOS CONSENTIMIENTO Y APROBACION DE QUE PARTICIPE EN UNA O TODAS LAS ACTIVIDADES PATROCINADAS POR LA DIOCESIS DE BEAUMONT, LAS PARROQUIAS O ESCUELAS DE LA MISMA DIOCESIS, ESTO INCULYE LA PARTICIPACION EN EVENTOS ATLETICOS., YO/NOSOTROS ASUMIMOS TODOS LOS RIESGOS Y PELIGROS QUE CONLLEVAN DICHOS EVENTOS, INCLUYENDO TRANSPORTACION, Y TODO METODO DE EDUCACION QUE RECIBA EN DICHOS EVENTOS, YO/NOSOTROS DESLINDAMOS, ABSOLVEMOS Y EXENTAMOS DE TODA RESPONSABILIDAD A LA DIOCESIS DE BEUAMONT, AL OBISPO CURTIS J. GUILLORY, OBISPO DE LA DIOCESIS DE BEAUMONT, LAS PARROAUIA O ESCUELAS, Y DIFERENTES ORGANIZACIONES Y PATROCINADORES DE CUALQUIER INDEMNIZACION O PERDIDA, DE CUALQUIER DAÑO O HERIDA QUE SUFRA EL NIÑO/JOVEN, YO/NOSOTROS REUNUNCIAMOS A TODO TIPO DE RECLAMACIONES DE CUALQUIER INDOLE, ESTO INCULYE A CUALQUIER ORGANISMO O PERSONA INCLUSO AQUELLAS QUE PROPORCIONE TRANSPORTE DE REGRESO DE LAS ACTIVIDADES ANTES MENCIONADAS. YO/NOSOTROS DAMOS AUTORIZACION PARA QUE ANTES-DE ABORDAR, PARA ASISITIR A CUALQUIR EVENTO, EL EQUIPAJE DE NUESTRO HIJO/HIJA SEA REVISADO, BUSCANDO CUALQUIER SUSTANCIA QUE PUEDA PONER EN RIESGO LA SALUD DE LOS PARTICIPANTES O DE LA MISMA ORGANIZACIÓN, Y NUESTRO PERSONAL. DAMOS NUESTRA AUTORIZACION PARA QUE NUESTRO HIJO/HIJA SEA REVISADO EN CASO DE SOSPECHA DE QUE TENGA ALGUNA SUSTANCIA ILEGAL, LA CUAL PUEDE PONDER EN PELIGO SU SALU O LA DE LOS PARTICIPANTES, NUESTROA VOLUNTARIOS Y PERSOANAL.

FECHA PADRE

MADRE

Deben de firmar los padres o tutores

Complete la parte de atrás

Doy/damos permiso para que mi/nuestro hijo(a) participe en eventos patrocinados por esta parroquia/esuela y/o la diócesis de Beaumont

DE: Los Padres (papa, mama o tutores) de

EL EMAIL:

ASUNTO: Servicios médicos/de salud de emergencia

Esto es para verificar que, en caso de que no podamos ser contactados, un empleado de la diócesis de Beaumont, o bien alguna de sus parroquias o escuelas, o en su defecto un asesor adulto de \_\_\_\_\_ esta autorizado a solicitar asistencia medica de emergencia a mi hijo(a) cuyo nombre se menciona arriba, dicha persona también esta autorizada a dar permiso escrito o cualquier otra forma de autorización necesaria en conexión a dicho servicio de salud.

\*\*\*\*\*

Favor de llenar todos los espacios del cuestionario si no hay respuesta, escriba NO; si la pregunta no aplica, escriba, N/A; no deje ningún espacio vacío.

\*\*\*\*\*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Firma de los padres o tutores                      Fecha

Nombre de la compañía de seguro medico \_\_\_\_\_  
Información

Póliza a nombre de \_\_\_\_\_

Póliza numero: \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Medicamento recetados o sin receta que actualmente toma \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna del Tetano: \_\_\_\_\_

En caso de Emergencia comuníquese con:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Incluya una copia por ambos lados de la tarjeta de seguro medico**