



YOUTH PERMISSION FORM/MEDICAL RELEASE / FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO

NAME / Nombre: \_\_\_\_\_ Gender / Sexo: \_\_\_\_\_

Grade / Grado: \_\_\_\_\_ Address / Dirección: \_\_\_\_\_

City / Ciudad: \_\_\_\_\_ St/Zip / Estado/C.P. \_\_\_\_\_

Phone / Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ T-Shirt Size / Talla de Camiseta: \_\_\_\_\_

Age / Edad: \_\_\_\_\_ Birthdate / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Parish/ Parroquia: \_\_\_\_\_ City/ Ciudad: \_\_\_\_\_

PARENT/LEGAL GUARDIAN'S NAME / NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL:

Address (if different than above) /Dirección (si es diferente al indicado arriba):

Phone / Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell / Número de Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Work / Teléfono del Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

I request and give my consent for my son/daughter, \_\_\_\_\_ to participate in all church/school sponsored activities from \_\_\_\_\_ through \_\_\_\_\_, sponsored by \_\_\_\_\_ and/or by the Diocese of Victoria. I understand that my son/daughter will be under the supervision of diocesan and/or parish/school personnel. I give my permission to the personnel in charge of the activity to search my child's belongings, bag, backpack, or other container as deemed necessary. As parent or legal guardian I agree to defend, indemnify and hold harmless the Diocese of Victoria and \_\_\_\_\_, its clergy, officers, agents, employees and volunteers from any claims, costs or expenses for property damages, personal injuries, illness, disease (e.g. COVID-19), and/or other damages arising out of my son/daughter's participation in the above mentioned activity or during the transportation to and from the event. I grant permission for non-prescriptive medication (e.g. tylenol, throat lozenges, cough syrup, pepto-bismol, etc.) and routine nonsurgical medical care to be given to my son/daughter if deemed advisable by the supervising diocesan and/or parish personnel. In case of an emergency, I also grant permission to transport my child to the nearest hospital for emergency medical treatment and for an authorized adult sponsor to sign for treatment if I cannot be located.

Solicito y doy mi consentimiento para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_, participe en todas las actividades de la iglesia/escuela desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_, patrocinadas por la Diócesis de Victoria y/o \_\_\_\_\_. Entiendo que mi hijo (a) estará bajo la supervisión del personal diocesano y/o parroquial/escolar. En caso de que se considere necesario, autorizo al personal a cargo de la actividad a registrar las pertenencias de mi hijo(a) tales como las bolsas, mochilas o recipientes. Como padre o tutor legal, estoy de acuerdo en defender, indemnizar y eximir de responsabilidad a la Diócesis de Victoria y \_\_\_\_\_, sus clérigos, líderes, miembros del personal, empleados y voluntarios, de cualquier reclamo, costo o gasto por daños a la propiedad, lesiones personales u otros daños que se deriven de la participación de mi hijo( a) en la actividad mencionada o durante el trasladado de ida o de regreso del evento. Asimismo, autorizo a que le administren a mi hijo(a) medicación no recetada/de venta libre (p. ej., Tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos, Pepto-Bismol, etc.) y que, asimismo, le brinden atención médica rutinaria no quirúrgica a mi hijo, si lo considera conveniente el personal diocesano y/o parroquial que lo supervisa. En caso de una emergencia, doy permiso para trasladar a mi hijo al hospital más cercano para que reciba un tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Además, concedo mi autorización para que uno de los adultos encargados del grupo firme para que mi hijo(a) reciba tratamiento en caso de que no puedan localizarme.

\_\_\_\_\_ Date / Fecha

\_\_\_\_\_ Parent's Signature / Firma del Padre/Madre/Tutor

**My son/daughter is allergic to / Mi hijo(a) es alérgico a:**

**My son/daughter takes the following medication (name, dosage) / Mi hijo(a) toma los siguientes medicamentos (nombres, dosis):** \_\_\_\_\_

**This medication is for (medical condition) / La medicación es para (condición médica):**

**Medication that my son/daughter is allergic to / Mi hijo(a) es alérgico a estos medicamentos:**

**Last immunization/booster for Diphtheria/Tetanus / Fecha de las últimas vacunas/dosis de refuerzo de difteria y Tétanos:** \_\_\_\_\_

**Any specific medical problems / Problemas médicos específicos:** \_\_\_\_\_

**Any physical limitations / Limitaciones físicas:** \_\_\_\_\_

**Family Physician Name / Nombre de Médico de Familia:** \_\_\_\_\_

**Phone / Teléfono (\_\_\_\_\_) Address / Dirección:** \_\_\_\_\_

**City/State/Zip / Ciudad/Estado/C.P.:** \_\_\_\_\_

**Name of Insurance Company / Nombre de la Compañía de Seguros:** \_\_\_\_\_

**Phone / Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

**Address / Dirección: / City/St/Zip / Ciudad/Estado/C.P. \_\_\_\_\_**

**Name of Insured / Nombre del Asegurado:** \_\_\_\_\_

**Policy / Número de Póliza # \_\_\_\_\_**

**Group or Plan # / Número de Grupo o Plan:** \_\_\_\_\_

***I do not have insurance at this time. / No dispongo de seguro médico en este momento.***

**Contacts in case of emergency and parent cannot be reached./ Contactos en caso de emergencia y no se puede localizar a los padres:**

**Name / Nombre:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone / Número de Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

**Other Phone / Otro Número de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

**Name / Nombre:** \_\_\_\_\_ **Cell Phone/ Número de Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

**Other Phone / Otro Número de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_**

**My child may also be released to the emergency contact adults listed above after an event. (Please initial line)**

**Mi hijo también puede ser entregado a los adultos de contacto de emergencia mencionados anteriormente después de un evento. (Por favor, inicialice la línea)**

**My child has a valid driver's license and may drive to and from events. (Please initial line).**

**Mi hijo tiene una licencia de conducir válida y puede conducir hacia y desde eventos. (Por favor, inicialice la línea)**

**I understand it is my responsibility to read the Minimum Standard Health Protocols Checklist appropriate to my child's activity from the State of Texas website: <https://open.texas.gov/> (Please initial line).**

**Entiendo que es mi responsabilidad leer la Lista de verificación de protocolos de salud estándar mínima apropiada para la actividad de mi hijo en el sitio web del estado de Texas: <https://open.texas.gov/> (Por favor, ponga la línea inicial).**