

Diócesis Católica de El Paso y/o parroquia de

Programa Anual de Formación Religiosa Padre/guardián/conservador- Permiso y Liberación de Responsabilidad, Información Médica

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Padre Guardián Conservador Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de casa: _____

Contacto de emergencia - Nombre: _____ Relación a mi hijo(a): _____
 Teléfono celular: (____) _____ Teléfono de casa: (____) _____ ¿Usa mensajes de texto? Si No

Información de Liberación de Responsabilidad e indemnización:

Yo, _____ Nombre de Padre/ Guardián/ Conservador doy permiso para que mi hijo/hija, _____ Nombre del Participante participe en los Programas y actividades de la Diócesis de El Paso y/o la formación religiosa de la Parroquia de _____ empezando el **1er día de Junio, 2024** y continuando hasta el **31 de Mayo, 2025**. Estos programas y actividades se llevarán a cabo bajo la dirección y asesoría de los empleados y/o voluntarios de la parroquia de _____ y/o la Diócesis de El Paso. Esta forma de indemnidad se pondrá en el archivo y acompañará a su hijo(a) a cualquier y a todo programa de actividades de la Diócesis de El Paso y/o Parroquia de _____. Otra forma de Consentimiento de Participar y Consentimiento para tratamiento médico de emergencia (**forma B**) debe ser entregada junto con esta forma A para cada programa y/o actividad.

Yo entiendo de que como padre/guardián/conservador legal, soy responsable por cualquier acción personal tomada por mi hijo(a) nombrada(o) arriba.

Estoy de acuerdo en mi nombre y el nombre de mi hijo(a) aquí nombrado, nuestros herederos, y sucesores y apoderados aceptar no hacer responsable a la Diócesis de El Paso, el Obispo y su sucesores, empleados, agentes, voluntarios, la parroquia, sus empleados y voluntarios de cualquier y todo reclamo por enfermedades, heridas, muerte y el costo de tratamiento médico relacionados con la participación de mi hijo(a) en los diversos programas y actividades durante las fechas nombradas arriba (a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la Diócesis y/o la parroquia).

En el evento en que se lleve acabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de los acuerdos, se esta de acuerdo de que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todo costo de corte razonable, cuota razonable del abogado y otros gastos incurridos por la parte ganadora.

→ Firma del padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

Liberación promocional

Yo también doy mi consentimiento para el uso de videos, fotos, diapositivas, o cualquier reproducción audiovisual en que aparezca mi hijo/a en la Diócesis de El Paso (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse de recibo a: Centro San Juan Diego, 901 W. Main Dr., El Paso, TX 79902. ATTN: Directora de la Oficina de Formación Religiosa) Entiendo que estos materiales, incluyendo websites y sitios de comunicación social son usados para la promoción del ministerio de la Oficina de Formación Religiosa de la Diócesis de El Paso que puede incluir reclutamiento y recaudación de fondos.

→ Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

Autorización para Comunicación Electrónica Directa con Menores

El Programa de Formación Religiosa de la Parroquia podrá usar plataformas y aplicaciones para comunicarse y conectarse con los participantes y padres de familia. Cualquiera y toda comunicación y enlace digital incluyendo pero no limitado a correos electrónicos, mensajes de texto, Google Classroom, Class Dojo, Remind, Zoom, Facebook, WhatsApp, Flocknote, otras Redes Sociales, etc., con formación religiosa de la parroquia será relacionada con el ministerio y NO de manera personal, restringida a asuntos concernientes con sesiones catequéticas, retiros, horas de servicio comunitario, eventos parroquiales, requisitos sacramentales y formas de registro. Yo comprendo y doy consentimiento a la comunicación electrónica entre el PCL, el personal, y el catequista de mi hijo(a) de la parroquia como se describe anteriormente.

La persona(as) autorizada(s) a comunicarse con mi hijo menor de edad está en cumplimiento con la Política de Ambiente Seguro de la Diócesis de El Paso.

→ Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

Liberación sobre el uso de las redes de comunicación social

La diócesis de El Paso utiliza la tecnología actual – incluyendo mensajes en Facebook, correo electrónico y otras redes sociales – de una manera positiva para acercarse a la juventud de la diócesis. Podemos eliminar cualquier contenido que consideremos impropio. Toda comunicación enviada a los adolescentes, por cualquier persona que represente a la Diócesis, a través de las redes sociales, esta disponible para cualquier padre que la solicite. Sin embargo la diócesis no puede garantizar que fotografías, videos, u otras comunicaciones de su hijo/hija provenientes de otros programas diocesanos o parroquiales aparezcan en alguno de esto sitios de comunicación social.

→ Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____

¿Esta asegurado el participante? Si No

Si lo esta, favor de llenar la información que se pide abajo, tal como aparece en la tarjeta de seguro del PARTICIPANTE:

Nombre de asegurado (que nombre está en la póliza de seguro) _____
 Nombre de la compañía de seguro: _____
 Numero de Póliza: _____ Numero de identificación de seguro: _____
 Dirección a donde enviar reclamaciones, incluya el código postal: _____
 Numero de teléfono de servicio al cliente: _____

Medicamentos recetados: marque el cuadro 1, 2, o 3 que sea cierto para el joven – NO MARQUE TODOS LOS CUADROS

- 1. Mi hijo/hija no toma ningún medicamento y no traerá con el/ella ningún medicamento.
- 2. Mi hijo/hija toma medicamentos y puede administrar el medicamento por si mismo. Mi hijo/hija traerá todo medicamento necesario y estos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le requerirá a mi hijo/hija entregar todo medicamento a un adulto designado para cuidar los medicamentos. Además entiendo de que será la responsabilidad de mi hijo/hija presentarse en el lugar asignado para recibir su medicamento(s) con la frecuencia/horario indicado abajo. Yo entiendo que el adulto al que mi hijo/hija le entregue el medicamento no tiene ningún entrenamiento médico y que este adulto no medirá la dosis. Mi hijo/hija regresará el medicamento(s), después que él/ella tome su medicamento. Al terminar el evento, será la responsabilidad de mi hijo/hija de recoger cualquier medicamento, si queda alguno, en el lugar designado para la administración del medicamento. Nombres de los medicamentos, la dosis exacta, y la frecuencia/tiempo están escritas abajo: (Si necesita más espacio, use otra hoja, fírmela y féchela).
- 3. Mi hijo/hija toma medicamento(s) pero no se los puede administrar. Yo padre/guardián/conservador de mi hijo/hija proporcionare y dispensare cualquier y todo medicamento(s).

Medicamento no recetado: marque el cuadro A o B – NO MARQUE LOS DOS CUADROS

- A. Ningún medicamento de cualquier tipo, sea recetado o no recetado, será administrado a mi hijo/hija a menos que sea una situación de vida o muerte y tratamiento de emergencia sea requerido.
- B. Yo doy permiso para que los siguientes medicamentos no recetados se le den a mi hijo/hija (excluyendo los que puedan causar una reacción alérgica) en la dosis recomendada en el frasco de la medicina.

Medicamento sin aspirina para aliviar el dolor	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Antiácido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Pastilla para la garganta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Antihistamínico	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Descongestionante	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Especifica información médica

- 1. Reacciones alérgicas (medicamentos, comida, plantas, insectos, etc.) _____
- 2. Otro medicamento que está tomando su hijo/hija _____
- 3. Alguna limitación física que tiene su hijo/hija _____
- 4. ¿Ha sido expuesto su hijo/hija a alguna enfermedad contagiosa como las paperas, sarampión, viruela, etc.? Si si, fecha y condición o enfermedad. _____
- 5. También les informo de estas condiciones médicas especiales de mi hijo/hija. Favor de entregar con esta forma un papel con una clara descripción de estas condiciones especiales. _____

En lo mejor de mi capacidad, todo lo que he dicho aquí es verdadero y refleja precisamente mis deseos.

→ Firma de padre/guardián/conservador: _____ Fecha: _____