

Diócesis de El Paso y/o Parroquia de _____

Liberación de responsabilidad para adultos, y forma para consentimiento de tratamiento médico y promocional

** Todo los adultos que participen en eventos/viajes de la parroquia y/o diocesanos de formación religiosa deberán llenar esta forma **

Nombre del participante adulto: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Celular: _____ ¿Usa mensajes de texto? Si No

¿A usted completado el programa de ambiente seguro Diocesano (Virtus training)? Si No

Si sí, provee la fecha de entrenamiento o renovación: _____ ¿Donde atendiste al entrenamiento?: _____

Estoy de acuerdo en mi nombre, el de mis herederos, y sucesores y asigno no hacer responsable y libero a la Diócesis de El Paso, el Obispo de La Diócesis Católica Romana y sus sucesores de oficina, empleados diocesanos, voluntarios, y a la Parroquia de _____, los programas de formación religiosa, sus oficiales, directores, y agentes, de cualquier reclamo de responsabilidad (a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la diócesis y/o la parroquia) por enfermedades, daño, o muerte que surja en conexión de mi asistencia al evento o viaje del ministerio de formación religiosa empezando el 1 de Junio, 2024, hasta el 31 de Mayo, 2025.

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, cuota razonable del abogado y otros gastos incurridos por la parte ganadora.

En caso de que yo requiera atención médica y yo no pueda comunicar mis deseos a los doctores que me atiendan o a otros profesionales médicos, yo doy permiso de que se administren tratamientos de emergencia que sean necesarios.

Favor de avisar a los doctores que soy alérgico a: _____

En caso de emergencia y para pedir permiso para tratamiento adicional de emergencia, favor de comunicarse con:

Contacto de emergencia - Nombre: _____

Relación conmigo: _____ ¿Usa mensajes de texto? Si No

Teléfono celular: (_____) _____ Teléfono de casa: (_____) _____

Compañía de seguro: _____

Numero de identificación de seguro: _____ Número de Póliza: _____

Favor de entregar una copia frente y vuelta de su tarjeta de seguro medico

Liberación Promocional

También doy mi consentimiento para el uso de cualquier video, fotografías, o cualquier otra reproducción visual (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 (ATN: Directora de la oficina de formación religiosa)) por la Diócesis de El Paso en las que pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales incluyendo websites y redes de comunicación social son usados para la promoción del ministerio de formación religiosa de la Diócesis de El Paso y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

Firma

Fecha