

DIÓCESIS DE SACRAMENTO
PERMISO DE LA ACTIVIDAD JUVENIL, LA LIBERACIÓN DE MÉDICOS,
LOS PADRES Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Nombres de los Padres / Guardianes: _____
Dirección: _____
Ciudad / Estado / Código Postal: _____
Número de teléfono: (Pariente # 1) _____ (Pariente # 2) _____
Número trabajo: (Pariente # 1) _____ (Pariente # 2) _____
Número móvil: (Pariente # 1) _____ (Pariente # 2) _____
Parroquia / Escuela : _____
Evento / Fecha: _____

Event _____

TRANSPORTACIÓN PROPORCIONADO POR _____

CÓDIGO DE CONDUCTA PARA LOS JOVENES:

Estoy de acuerdo a valorar y ejemplificar los valores Católicos, y entiendo que mi participación en este programa requiere el seguir las normas y reglamentos con respecto a mi conducta. Específicamente estoy de acuerdo que durante mi participación en este programa:

- Voy a seguir las instrucciones de los dirigentes de adultos;
- Voy a tratar a los líderes adultos y otros participantes con respeto;
- Me quedaré con mi grupo asignado, y participar en la actividad aprobada;
- Voy a vestirse apropiadamente en todo momento;
- No voy a usar, llevar, o estar bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol;
- No fume ni use productos de tabaco;
- No voy a participar en conducta sexual inapropiada;
- No voy a estar en la posesión o el uso de armas de fuego, cuchillos o armas de ningún tipo;
- No voy a participar en los actos de violencia, el robo, la deshonestidad, los juegos de azar, o profano, y
- Voy a respetar la propiedad física de la instalación y de los demás, y se compromete a no involucrarse en actos de vandalismo.

Estoy de acuerdo en acatar estas normas y la supervisión de adultos, líderes, y entiendo que violaciones se tratará en una inmediata y adecuada. Si debo ser despedido de la participación en el programa, entiendo que mis padres se pondrá en contacto para organizar el transporte inmediato de mi casa.

Firma del Participante

Fecha de la Juventud

Firma del padre (que reconoce el compromiso): _____

INFORMACION MEDICA E INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

Entiendo que en el evento de una emergencia, Yo siendo el pariente/guardián del niño nombrado por debajo de esta forma doy permiso a la Diócesis de Sacramento, las parroquias y las escuelas en la diócesis, y sus empleados, agentes, representantes, y voluntarios, para organizar y autorizar tratamientos de emergencia médica, odontológica, quirúrgica o tratamiento para mi hijo(a), como lo considera necesario, el médico tratante. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o el médico.

Médico familiar: _____ Phone: _____

Dentista familiar: _____ Phone _____

La compañía de su seguro medico: _____

Número de su Póliza: _____

También estoy de acuerdo en designar a una parroquia/escuela/representantes diocesanos números telefónicos actuales en la que se pueden comunicar con migo, como los nombres y números telefónicos de las personas que puedan saber donde estoy en caso de una emergencia.

Si no me pueden localizar utilizando los numeros de telefono escritos anterior mente pueden contactar a:

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____ Número de contacto alternativo: _____

Firma del Padre / Guardián

Fecha

MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS DE SALUD DE NO EMERGENCIA

[Por favor, firme/autorice todas las siguientes indicaciones que sean aplicables]

1. Si mi hijo se enferma con síntomas que no indican el tratamiento médico de emergencia (por ejemplo, dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea), deseo que se denominará (recoger / invertido gastos de teléfono si es necesario) a ser informado de la condición de mi hijo .

Firma del Padre / Guardián Fecha

2. Mi hijo está tomando los siguientes medicamentos (s), que traerá en esta actividad, la etiqueta, incluye instrucciones claras para la dosificación y frecuencia de uso. Doy permiso para que un adulto administre los siguientes medicamentos (s):

Firma del Padre / Guardián Fecha

3. No cualquier tipo de medicación (con receta o de venta libre) puede ser administrado a mi niño a menos que su condición esté en peligro de muerte y se requiera un tratamiento de emergencia, según se considere necesario por el médico tratante.

Firma del Padre / Guardián Fecha

4. Por la presente autorización para que los medicamentos de venta libre (por ejemplo, la aspirina, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) que ha de darse a mi hijo, si lo considera conveniente por el supervisor de la actividad, con las siguientes excepciones (escriba "ninguno" si no hay excepciones específicas):

Firma del Padre / Guardián Fecha

INFORMACIÓN MÉDICA ESPECÍFICA / CONDICIONES

Reacciones alérgicas (a medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc)?

Inmunizaciones (fecha de la última tétanos / difteria vacunación):

Medicamentos actuales que se están adoptando por los niños:

Prescritos médicamente restricciones dietéticas?

Limitaciones físicas?

Inclinada discapacidad o condiciones relacionadas (ADD, ADHD, dificultades de lectura o escritura, etc)?

Tiene historia de nostalgia grave, malas reacciones emocionales nuevas situaciones, sonámbulo, moja la cama, desmayos?

Ha tenido una exposición reciente (en las últimas dos semanas) a una enfermedad contagiosa o condición, como las paperas, el sarampión, la varicela? En caso afirmativo, especificar la fecha y la condición expuesta a:

Tiene una dieta (que no sean identificados por encima de las alergias)?

Tiene cualquier tipo de condiciones medicas u otras condiciones que debemos conocer?

ACUERDO DE LOS PADRES / CONSENTIMIENTO

Yo / nosotros, padre o tutor del niño nombrado en este formulario doy permiso para que mi / nuestro hijo / a participe en la actividad a que se refiere en esta forma, y como complemento de la Salud / Información Médica consentimiento disposiciones que hemos acordado anteriormente:

- Dirigir a cooperar: Yo / nosotros estamos de acuerdo a dirigir a mi/nuestro hijo/a a cooperar y cumplir con todas las directivas e instrucciones de la parroquia / escuela / o personal diocesano líderes adultos voluntarios.
- Consentimiento para el transporte (si procede): Yo / nosotros doy permiso para que mi / nuestro hijo/a a ser transportados a los programas especificados, eventos y actividades en los vehículos conducidos por líderes adultos seleccionados por la parroquia / escuela / coordinador diocesano , de conformidad con las directrices diocesanas.
- La responsabilidad de Gastos Médicos: Yo/estoy/estamos de acuerdo en que seré responsable de todos los gastos médicos relacionados con las lesiones de mi / nuestro hijo como consecuencia de su participación en esta actividad, sean o no causados por la negligencia de la parroquia, la escuela, empleados diocesanos o agentes, voluntarios u otros participantes.
- Reconocimiento de Riesgos: Yo / nosotros entendemos que en el curso de la participación en esta actividad, mi / nuestro hijo puede participar en actividades que conlleven un riesgo de perjuicio para el cuerpo, psique, o la propiedad de ellos mismos y otros. Esas lesiones pueden ser causadas por otras personas, puede ser accidental o auto-infligida, o puede surgir a partir de material defectuoso o instalaciones, las condiciones existentes de instalaciones de esparcimiento, mientras que en los accidentes de vehículos de transporte durante una actividad, o a través de la propia actividad.
- En consecuencia, en consideración de ser permitidos a participar en las actividades especificadas, para utilizar el equipo proporcionado, y para entrar en los locales e instalaciones de la Diócesis de Sacramento, para cualquier fin, incluida la observación y participación en actividades, el padre o tutor, él o ella y cualquier sucesores en interés, y en nombre del hijo menor de edad, de acuerdo a como siga:
 1. Para soltar, renunciar, la aprobación de la gestión, y la promesa de no demandar al obispo católico de Sacramento, una sociedad única, y sus entidades afiliadas, empleados, agentes y voluntarios (la "Diócesis") de toda responsabilidad por cualquier pérdida o daño, y cualquier reclamación o demanda, por lo tanto, en razón de las lesiones al cuerpo, daño a la psique, o daños a la propiedad de la menor, o al padre o tutor, ya sea causado por negligencia u otra conducta de la Diócesis, mientras que el hijo menor de edad, padre, o tutor está participando en las actividades especificadas en o, a, o alrededor de los locales de la diócesis o de cualquiera de sus instalaciones o equipos.
 2. Indemnizar y eximir a la Diócesis de cualquier pérdida, responsabilidad, o daño a los costos que puedan incurrir debido a los actos del hijo menor de edad, padre o tutor, a, o sobre las instalaciones de la Diócesis, sus instalaciones o equipos, o durante su participación en cualquier parroquia, escuela o actividades diocesanas ya sean causadas por negligencia o de otro tipo.
 3. Que él o ella ha leído este formulario de consentimiento y el acuerdo y que voluntariamente lo firma, y que no hemos dado, declaraciones, o incentivos, aparte de los contenidos de esta forma.

yo / hemos leído este acuerdo y entiendo/entendemos y estamos de acuerdo con todo lo anunciado anteriormente.

Firma del Padre o Tutor Fecha

Firma del Padre o Tutor Fecha