

FORMULARIO DE PERMISO PATERNO/GUARDIÁN Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Nombre del Participante (niño): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: (M) (F)

Nombre del Padre/Guardián: _____

Domicilio: _____

Teléfono Principal: _____ Teléfono Secundario: _____

Yo, _____ otorgo permiso a mi hijo(a), _____

Nombre del Padre o Guardián

Nombre del niño

de participar en este evento. Esta actividad se llevará a cabo bajo la orientación y dirección de los empleados y/o voluntarios de la parroquia/escuela _____.

Nombre de la parroquia/escuela

A continuación una breve descripción de la actividad:

Tipo de Evento: _____

Fecha y Hora del Evento: _____

Persona a cargo: _____

Si el Evento es en otro lugar:

Destino del Evento: _____

Hora estimada de Salida y Retorno: _____

Modo de Transporte hacia y desde el evento: _____

Como Padre y/o guardián legal, yo sigo siendo legalmente responsable de las acciones personales adoptadas por el menor mencionado ("participante"). De mi parte, estoy de acuerdo, mi hijo nombrado adjunto, o nuestros herederos, sucesores y cesionarios, a defender y mantener indemne _____, sus oficiales, directores, empleados y agentes, y a la Diócesis

Nombre de la parroquia/escuela

de Fort Wayne- South Bend, sus empleados y agentes, chaperones, o representantes asociados con este evento, de cualquier reclamo que surja de o en conexión con mi niño que asistirá al evento o en relación con cualquier enfermedad o lesión (incluyendo la muerte) o costos del tratamiento médico en relación con la misma y estoy de acuerdo en indemnizar a la parroquia, sus oficiales, directores y agentes, y a la Diócesis de Fort Wayne-South Bend, sus empleados, agentes y chaperones, o representantes asociados con el evento por honorarios razonables de abogados y gastos que puedan incurrir de cualquier acción judicial contra ellos como resultado de tal lesión o daño, a menos que dicha reclamación se refiera a la negligencia de la parroquia/diócesis.

Firma: _____ Fecha: _____

ASUNTOS MÉDICOS: Por medio de la presente garantizo que por mi conocimiento, mi hijo está en buen estado de salud y asumo toda la responsabilidad de la salud de mi hijo. **Por favor, lea las instrucciones en la página que sigue con respecto a asuntos médicos; firmar sólo aquellas que sean pertinentes a su niño.**

Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de emergencia, por medio de la presente, doy permiso a que mi hijo sea transportado a un hospital para un tratamiento médico o intervención quirúrgica de emergencia. Deseo ser notificado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico. En el caso de una emergencia, si no pudo ponerse en contacto conmigo en ninguno de los números proporcionados, llame a:

Nombre y Relación: _____
Tel: _____ Doctor de cabecera: _____ Tel: _____
Cía. Seguro de Salud: _____ Póliza N°: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Otro Tratamiento Médico: En el caso de que la parroquia y la escuela, sus funcionarios, directores y agentes, la Diócesis de Fort Wayne-South Bend, sus chaperones o representantes asociados con la actividad, sean notificados de que mi hijo tiene síntomas como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llamen con gastos a cobrar (Collect Call).

Firma: _____ Fecha: _____

Medicamentos: Mi hijo está tomando medicamentos actualmente. Mi hijo traerá todos esos medicamentos necesarios, y dichos medicamentos serán bien marcados. A continuación están los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas para ver que el niño tome estos medicamentos, incluyendo dosis y la frecuencia de dosificación:

Firma: _____ Fecha: _____

Ningún medicamento de cualquier tipo, ya sea con receta o sin receta, pueda ser administrado a mi niño a menos que la situación amenace su vida y requiera tratamiento de emergencia.

Firma: _____ Fecha: _____

Por este medio, si consideran necesario, otorgo permiso para darle a mi niño medicamentos sin receta médica (es decir, productos sin aspirina tales como paracetamol o el ibuprofeno, pastillas para la garganta, jarabe para la tos).

Firma: _____ Fecha: _____

Información Médica Específica: La parroquia/escuela, tomará las precauciones necesarias para ver que la información que figura a continuación se mantenga en confidencia:

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.):

Vacunas: Fecha de su última vacuna contra el tétano/difteria: _____

¿Ha sido su niño recetado una dieta especial? _____

¿Tiene su niño alguna limitación física? _____

¿Es el niño sujeto a nostalgia crónica, reacciones emocionales a situaciones nuevas, sonambulismo, orinarse en la cama, desmayos? _____

¿Ha sido su niño expuesto recientemente a enfermedades contagiosas, como las paperas, sarampión, varicela, etc.? Si es así, liste la fecha del contagio: _____

Usted debe ser consciente de estas condiciones médicas especiales que tiene mi hijo:
