

## 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:

\_\_\_\_\_