

DIÓCESIS ROMANA CATÓLICA DE OWENSBORO, 600 Locust St., Owensboro, KY 42301

FORMA DE PERMISO

OBJETIVO: Esta forma de permiso tiene la intención de cubrir toda la Diócesis, el Decanato y la Parroquia patrocinadora de actividades para cualquier menor de 18 años. Las personas de 18 años en adelante pueden actuar como sus propios tutores legales y pueden firmar por ellos mismos.

Nombre del Participante Menor _____ Edad _____ FechadeNac ____ / ____ / ____

Dirección _____ Teléfono _____

Parroquia _____

** Doy mi consentimiento al uso de fotografías de mi hijo(a) con el propósito de publicaciones _____ Sí _____ No

INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA:

Padre _____ o Tutor Legal _____ Nombre _____

Tel. de casa _____

Dirección _____ Tel. del trabajo _____

Ocupación _____ Patrón _____

Madre _____ o Tutor Legal _____ Nombre _____

Tel. de casa _____

Dirección _____ Tel. del trabajo _____

Ocupación _____ Patrón _____

Nombre a alguna otra persona aparte de los padres que podemos contactado en caso de emergencia.

Nombre _____ Relación _____ Tel.(____) _____

Hay alguien, que por orden de la corte o por decreto, haya sido designado como principal y único padre con custodia?

NOMBRE _____

Nombre a alguien que sea prohibido recoger al niño. _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo/Nosotros, los padres o tutor(es) de _____ (nombre del niño), por este medio pedimos permiso para que mi hijo/hija, participen en cualquiera o todas las actividades de la Diócesis Romana Católica de Owensboro y _____ (Nombre de la Organización). Yo/nosotros nos mantendremos alejados de lastimar general, total y completamente a la Diócesis de Owensboro y a la Organización nombrada mas arriba, incluyendo pero sin limitarse a, todos los miembros de su consejo, oficiales, patrocinadores, empleados, lideres, choferes voluntarios y supervisores, de cualquier y toda responsabilidad de cualquier tipo o naturaleza sea cual fuere. En caso de que mi hijo/hija sufra cualquier accidente, yo/nosotros, por este medio libramos de toda culpa a todas las partes mencionadas mas arriba, y además acordamos asegurar totalmente y decir que las partes son inofensivas de cualquier responsabilidad sea cual fuere. Yo/nosotros de la misma manera dejamos libre de toda responsabilidad a cualquier persona que transporte a mi hijo/hija hacia y de regreso de las actividades. Yo/nosotros entendemos la posibilidad de riesgos imprevistos y sabemos de la posibilidad de riesgo. Yo/nosotros creemos que el sujeto de este permiso es capaz física y mentalmente de tomar las precauciones razonables para proteger su propia seguridad y tiene la madurez y el juicio para no ponerse en otras situaciones de peligro.

Firma del Padre o tutor _____ Fecha _____

Firma del Testigo Adulto: _____ Fecha _____

Recibido por _____ Fecha _____

(Firma del DRE, CRE, Representante de los jóvenes)

(ATRAS)

LIBERACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN DE SALUD PARA MENORES:

HISTORIA MÉDICA

Cualquier condición médica existente previamente o presente, discapacidades, minusvalía física o enfermedad mayor:

Nombre de medicamentos prescritos y direcciones concisas, incluyendo dosificación y frecuencia de dosis: _____

Si mi hijo se queja del dolor, y si sea aprobado por un adulto supervisor, doy mi permiso para que le den las siguientes drogas no recetadas:

Acetaminofen Sí No
Ibuprofen Sí No

Tiene alguna alergia (comida, látex, animal, etc.)? Sí/No _____ Alergia a algún medicamento? Sí/No _____
Si, su contestación es sí, explique: _____

Fecha de la última vez que se vacunó contra el tétanos _____ Lentes de contacto? Sí/No _____

Alguna restricción para nadar?: Si No Cuál? _____

Restricciones para alguna actividad?: Si No Cuál? _____

En caso de alguna emergencia médica o quirúrgica, yo por este medio pido y doy mi permiso, a la Diócesis Católica de Owensboro para la hospitalización o el tratamiento médico necesario para el niño nombrado anteriormente. Yo entiendo y me hago responsable por el costo de cualquier tratamiento médico (incluyendo cirugía) recibido por mi hijo. Yo, por este medio libero a los directores y el personal de este evento, de toda responsabilidad por enfermedad o accidentes que ocurran durante el evento. Yo entiendo, que seré contactado inmediatamente en caso de cualquier emergencia.

Nombre de la Compañía del seguro médico: _____

Número de póliza del seguro _____

***Por favor entienda que dependiendo de la seriedad del caso, su hijo podría ser transportado al hospital más cercano.**

Firma del Padre o tutor _____ Fecha: _____

Firma del Testigo _____ Fecha: _____

SI HAY ALGÚN CAMBIO SOBRE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA, ES SU RESPONSABILIDAD NOTIFICARLO AL DIRECTOR APROPIADO Y ACTUALIZAR LA FORMA (ejemplo: póliza del seguro, condición médica, medicinas, orden del corte, etc.)