

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES / TUTORES Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nombre del participante: _____
Fecha de nacimiento: _____ El Sexo: _____
Nombre(s) del padre/tutor: _____
Dirección de casa: _____
Teléfono de la casa: _____ Teléfono de la empresa: _____

Yo (nosotros) _____ concedo permiso para mi (nuestro) hijo, _____
(nombre(s) del padre o tutor) (nombre del niño)
para participar en este evento parroquial / escolar que requiere transportación a un lugar lejos del sitio de la parroquia / escuela. Este permiso incluye todos los programas o eventos relacionados asociados con el evento. Esta actividad se llevará a cabo bajo la guía y dirección de empleados de la parroquia / escuela y / o voluntarios de **Berks Catholic High School**.
(Nombre de la parroquia / escuela)

Mi (nuestro) hijo entiende y acepta cumplir con todas las reglas y regulaciones establecidas por la escuela / parroquia relacionadas con tales excursiones.

Descripción de la actividad:
Tipo de evento: _____
Destino del evento: _____
Persona a cargo: _____
Fecha del evento y hora estimada de salida y regreso: _____
Información de viaje (aerolínea, números de vuelo, información de autobús o tren): _____

Como padre(s) y/o tutor(es) legal(es), yo (nosotros) sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por mi (nuestro) hijo. En consideración a la participación de mi (nuestro) hijo, yo (nosotros) y mi (nuestro) hijo, acordamos y entendemos que asumimos los riesgos inherentes a la excursión u otra actividad fuera de la escuela de mi (nuestro) hijo, y con pleno conocimiento de los riesgos, nosotros, y nuestros herederos, sucesores y cesionarios, liberamos y aceptamos mantener indemne y defender, La Diócesis de Allentown, Reverendísimo Alfred A. Schlert, D.D., J.C.L., la Diócesis Católica Romana de Allentown Charitable Trust, **Berks Catholic High School** y el
(Nombre de la parroquia / escuela)
miembros respectivos, fideicomisarios, directores, funcionarios, empleados y representantes, incluidos acompañantes, voluntarios o cualquier otro representante asociado con esa actividad (todos los cuales se conocen por separado y colectivamente como la Diócesis) de reclamos de o relacionados con la participación de mi (nuestro) hijo, o en relación con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con ello, y yo (nosotros) acordamos compensar a la Diócesis por los honorarios y gastos razonables de abogados incurridos por la Diócesis en cualquier acción presentada contra la Diócesis como resultado de dicha lesión o daño, a menos que dicho reclamo resulte de la negligencia de la Diócesis.

Hemos leído detenidamente todo este (páginas 1 y 2) Formulario de permiso y liberación de los padres / tutores y aceptamos sus terms y tenemos la intención de estar obligados por el presente.

Firma del participante: _____ Fecha: _____
Firma del participante: _____ Fecha: _____
Firma del participante: _____ Fecha: _____

DIÓCESIS DE ALLENTOWN
FORMULARIO DE PERMISO Y LIBERACIÓN DEL PADRE/TUTOR
ASUNTOS MÉDICOS

Yo (nosotros) por la presente garantizo que, según mi (nuestro) conocimiento, mi (nuestro) hijo goza de buena salud, y asumo (asumimos) toda la responsabilidad por la salud de mi hijo.

Tratamiento médico de emergencia: En caso de una emergencia, yo (nosotros) por la presente doy permiso para transportar a mi (nuestro) hijo a un hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Yo (nosotros) deseo (nosotros) ser informado(a) antes de cualquier otro tratamiento por parte del hospital o médico. En caso de una emergencia, si no puede comunicarse conmigo (nosotros) a los números anteriores, comuníquese con:

Nombre y relación: _____ Teléfono: _____

Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Información del seguro médico:

Proveedor del plan de salud: _____

Identificación del grupo #: _____ I.D # _____

Nombre del suscriptor: _____

Medicamentos: Mi (nuestro) hijo está tomando medicamentos en este momento. Mi (nuestro) hijo traerá todos los medicamentos necesarios y dichos medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas para asegurarse de que el niño tome dichos medicamentos, incluida la dosis y la frecuencia de la dosis, son los siguientes:

Por la presente, autorizo (autorizamos) que se administren a mi (nuestro) hijo medicamentos sin receta (como productos sin aspirina, como paracetamol o ibuprofeno o pastillas para la garganta), si se considera apropiado.

Información Médica Específica: La parroquia/escuela debe estar al tanto de las siguientes condiciones médicas. (La parroquia/escuela tomará las precauciones razonables para asegurarse de que la siguiente información se mantenga confidencial).

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

Vacunas: (Fecha de la última vacuna contra el tétanos/difteria): _____

¿Tiene el niño una dieta prescrita médicamente? _____

¿Alguna limitación física? _____

¿El niño ha estado expuesto recientemente a enfermedades o condiciones contagiosas, como paperas, sarampión, varicela, etc.? Si es así, fecha y enfermedad de la condición: _____

Otras condiciones médicas de mi (nuestro) hijo: _____
