Escuela subvencionada/Escuela de origen

Deportes Interescolares

Manual de Atletismo para padres

2026-2027

CLIC EN EL ENLACE A CONTINUACIÓN PARA IR A LAS DIRECTRICES DE ATLETISMO DE BCSD

https://www.beaufortschools.net/student-services/athletics/ag

Nombre del estudiante: _____

Declaración de reconocimiento

Al firmar esta declaración, reconozco que he leído las **Directrices de Atletismo de BCSD** y acepto acatar las políticas contenidas en este documento. Entiendo además que **BCSD** se reserva el derecho de modificar, alterar o eliminar políticas y procedimientos en cualquier momento. Además, entiendo que las políticas de este manual pueden actualizarse de vez en cuando con o sin previo aviso. Reconozco y acepto que estas **Directrices de Atletismo de BCSD** reemplazan a todos los manuales anteriores.

Firma del Padre

_____

Fecha:

_____

Firma del Estudiante

_____

Fecha:

_____

Una copia de esta declaración se firma y se conserva en el archivo atlético del estudiante-atleta.

ESCUELA SUBVENCIONADA/ESCUELA DE ORÍGEN, DEPORTES INTERESCOLARES
FORMULARIO DE APROBACIÓN PARA PARTICIPACIÓN

DIRECIONES: Este paquete debe ser llenado por las personas designadas y el Padre/Tutor Legal debe estar presente. Todos los formularios solicitados deben ser llenados completamente y devueltos al Departamento de Operaciones ubicado en 2900 Mink Point Blvd., Beaufort, SC 29901. Este paquete es necesario para cada actividad en la que el estudiante de escuela subvencionada/escuela de origen busca participar.

SECCIÓN UNO: Para ser completado por el Padre/Tutor Legal del estudiante

<table>
<tr><td colspan="2">Nombre del Estudiante:</td><td colspan="2">Fecha de Nacimiento del Estudiante:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Escuela:</td><td>Grado:</td><td>Sexo:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Nombre de padre/tutor legal:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Dirección:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Ciudad, Estado, Código postal:</td></tr>
<tr><td>Casa:</td><td>Trabajo:</td><td colspan="2">Celular:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Correo electrónico:</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">Contacto de emergencia/teléfono/relación con el estudiante:

1.

2.

3.</td><td colspan="2">información del médico:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nombre:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Teléfono:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Hospital de preferencia:</td></tr>
<tr><td colspan="4">Certifico que la dirección anterior es nuestra residencia legal, el estudiante mencionado anteriormente reside conmigo, y yo soy su padre / tutor legal. Autorizo a la escuela del estudiante a publicar sus registros educativos en el Distrito Escolar del Condado de Beaufort con el propósito de determinar la elegibilidad.

Firma de Padre/Tutor legal:_____ Fecha: _____</td></tr>
</table>

Solicitud de permiso: Yo, como padre/custodia legal del estudiante, me gustaría solicitar permiso para el estudiante de arriba para participar en el atletismo Inter escolar en los siguientes deportes durante el año escolar 2022-2023

☐ Baloncesto	☐ Golf	☐ Tenis	☐ Lacrosse
☐ Béisbol	☐ Fútbol	☐ Atletismo	☐ Animadoras
☐ Campo Traviesa	☐ Softball	☐ Voleibol	☐ Danza
☐ Fútbol Americano	☐ Natación	☐ Lucha libre	☐ Hockey sobre césped

ESCUELA SUBVENCIONADA/ESCUELA DE ORÍGEN, DEPORTES INTERESCOLARES
FORMULARIO DE APROBACIÓN PARA PARTICIPACIÓN

SECCIÓN DOS: Para ser completado por el administrador de la escuela subvencionada/escuela de origen del estudiante

Asociación escuela subvencionada/escuela de origen:	
Administrador de la escuela subvencionada/escuela de origen:	
Correo Electrónico:	Número de contacto:

Yo certifico los siguientes puntos con respecto a la información anterior del estudiante, como veraz y exacta:

1. El estudiante es elegible en nuestra escuela de origen y ha cumplido con todos los requisitos de elegibilidad bajo el Código de Leyes de Carolina del Sur (Sección 59-39-160) y el Artículo VII de la Constitución de la Liga de Escuelas Secundarias de Carolina del Sur.
2. **Estudiantes de escuela de origen solamente:** El estudiante ha sido enseñado en el ambiente de la Escuela de origen durante un año académico completo antes de esta aplicación.

Firma del Administrador: _____ Fecha: _____

SECCIÓN TRES: Documentación requerida

- ☐ **Solicitud de participación en atletismo & Formulario de permiso**
- ☐ **Prueba de Residencia:**
  - Dos formas de recibos de servicios públicos principales actuales (Electricidad, gas, cable, agua), *o*
  - Identificación de gobierno con foto *o*
  - Una forma de arrendamiento actual, aviso de impuesto sobre la propiedad o declaración de hipoteca
- ☐ **Reporte de Notas- Debe ser enviada cada período**
  - Reporte de notas actualizada *y*
  - Final del año escolar anterior/ Calificaciones (período de 180 días)
- ☐ **Prueba de vacunas e inmunizaciones según lo requiera S.C. Code Ann § 44-29-180** (una vez)
- ☐ **Examen físico del estudiante / Formulario de permiso de los padres completado, firmado y adjunto** (anualmente)
- ☐ **Copia certificada por el estado del certificado de nacimiento del estudiante** (una vez)
- ☐ **Formularios de Acuerdo de Permiso para Padres** (anualmente)
- ☐ **Acceso para ser fotografiado o comunicado de prensa/Compromiso de los Padres** (anualmente)
- ☐ **Permiso de los padres para que el hijo o la hija participen en atletismo** (anualmente)
- ☐ **Formulario de Reconocimiento de Concusión** (anualmente)
- ☐ **Consentimiento para pruebas de drogas** (anualmente)
- ☐ **Formulario de Renuncia Covid-19** (anualmente)

SOLO PARA USE DE LA OFICINA DE DISTRITO:

☐ Solicitud aprobada	☐ Solicitud denegada	☐ Fecha límite no cumplida	
Firma – Director de Districtial de Deportes:			Fecha:

Evaluación Física previa a la participación – Formulario Física

Apellido _____ Nombre _____ Inicial segundo nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Examen				
Altura:	Peso:			
BP: / (/)	Pulso:	Visión: R 20/	L 20/	Corregida___Si_____No

Médico	**Normal**	**Hallazgos Anormales**
Apariencia: Estigma de Marfan (quifoscoliosis, paladar de arco alto, tórax en embudo, aracnodactilia, hiperlaxidad, miopía, MVP, e insuficiencia aórtica		
Ojos / Oídos / Nariz / Garganta - Pupilas iguales / Audición		
Ganglios Linfáticos		
Corazón - Murmullos (auscultación en pie, auscultación supina, y +/- Maniobra de Valsalva		
Pulmones		
Abdomen		
Piel - Virus del herpes simple (VHS), lesiones sugerentes de Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (SARM), o tinea corporis		
Neurológico		
Musculoesquelético:		
- Cuello		
- Espalda		
- Hombros/Brazo		
- Codo/antebrazo		
- Muñeca/manos/dedos		
- Cadera/Muslo		
- Rodillas		
- Pierna/Tobillos		
- Pie/Dedos del Pie		
- Funcional: Prueba de cuclillas de doble pierna, prueba de cuclilla de una pierna y prueba de caída de caja o paso		

Considere: electrocardiografía (ECG), ecocardiografía y derivación al cardiólogo para detectar antecedentes cardíacos anormales o hallazgos de exámenes o una combinación de ellos

Evaluación Física previa a la participación

___Médicamente elegible para todos los deportes sin restricciones.

___Médicamente elegible para todos los deportes sin restricción con recomendaciones para una evaluación o tratamiento posterior de: _____

_____

___Médicamente elegible para ciertos deportes:_____

___No es médicamente elegible a la espera de una evaluación adicional.

___No es médicamente elegible para ningún deporte.

Recomendaciones:_____

_____

He examinado al estudiante nombrado en este formulario y he completado la Evaluación Física previa a la participación. El atleta no tiene aparentes contraindicaciones clínicas para practicar y puede participar en los deportes como se describe en este formulario. Si las condiciones surgen después de que el atleta había sido autorizado para la participación, el médico puede rescindir la elegibilidad médica hasta que se resuelva el problema y las posibles consecuencias se explican completamente al atleta y a los padres o tutores.

Nombre del profesional de la salud (escrito o tipo):_____Fecha:_____

Dirección:_____Teléfono:_____

Firma del profesional de la salud:_____MD, DO, NP, o PA

© 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Estadounidense de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Estadounidense de Medicina Deportiva. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento.

Evaluación Física previa a la participación – Formulario del Historial

Nota: Complete y firme este formulario (con sus padres si son menores de 18 años) antes de la consulta.

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento:_____ Sexo: _____

Fecha de Examen:_____ Deporte(s): _____

Enumere las condiciones médicas pasadas y actuales: _____

Ha tenido cirugías? En caso afirmativo, enumere todos los procedimientos quirúrgicos anteriores: _____

Medicamentos y suplementos: Enumere todas las prescripciones actuales, medicamentos de venta libre y suplementos (herbales y nutricionales):___

Tienes alergia? En caso, enumere todas sus alergias (medicamentos, polen, alimentos, insectos punzantes): _____

Preguntas Generales. Explique las respuestas de "Sí" al final de este formulario. Circule las preguntas si no sabe la respuesta.	**Sí**	**No**
1. ¿Tiene alguna inquietud que le gustaría discutir con su proveedor?		
2. ¿Un proveedor ha negado o restringido su participación en deportes por alguna razón?		
3. ¿Tiene algún problema médico en curso o enfermedad reciente?		
Preguntas sobre la salud del corazón de usted	**Sí**	**No**
4. ¿Alguna vez te has desmayado o casi te desmayas DURANTE o DESPUÉS del ejercicio?		
5. ¿Alguna vez has tenido molestias, dolor, opresión o presión en el pecho durante el ejercicio?		
6. ¿Alguna vez el corazón corre, revolotea en el pecho o salta latidos (latidos irregulares) durante el ejercicio?		
7. ¿Alguna vez te ha dicho un médico que tienes algún problema cardíaco?		
8. ¿Alguna vez un médico ha ordenado una prueba para el corazón? (por ejemplo, electrocardiografía (ECG) o ecocardiografía.		
9. ¿Te enojas o te sientes más corto de aliento que tus amigos durante el ejercicio?		
10. ¿Alguna vez has tenido una convulsión?		
Preguntas sobre la salud de la familia de usted	**Sí**	**No**
11. ¿Algún familiar o pariente ha muerto de problemas cardíacos o ha tenido una muerte súbita inesperada o inexplicable antes de los 35 años (incluyendo ahogamiento o accidente automovilístico inexplicable)?		
12. ¿Alguien de tu familia tiene un problema cardíaco genético como miocardiopatía hipertrófica, síndrome de Marfan, miocardiopatía ventricular ventricular derecha (ARVC), QTsyndrome largo (LQTS), síndrome QT corto (SQTS), síndrome de Brugada o taquicardia ventricular polimorfórica catecoléfica (CPVT)?		
13. ¿Alguien de su familia tenía un marcapasos o un desfibrilador implantado antes de los 35 años?		
Preguntas óseas y articulares	**Sí**	**No**
14. ¿Alguna vez has tenido una fractura por estrés o una lesión en un hueso, músculo, ligamento, articulación o tendón que te hizo perderte un partido o práctica?		
15. ¿Tienes una lesión ósea, muscular, ligamento o articular que te moleste?		

Preguntas Médicas	**Sí**	**No**
16. ¿Toses, silbas o tienes dificultad para respirar durante o después del ejercicio?		
17. ¿Le falta un riñón, un ojo, un testículo (machos), su bazo o cualquier otro órgano?		
18. ¿Tienes dolor en la ingle o testículo o una protuberancia dolorosa o hernia en la zona de la ingle?		
19. ¿Tienes erupciones cutáneas o erupciones cutáneas recurrentes que van y vienen, incluyendo herpes o Staphylococcus aureus resistente a la meticilina (MRSA)?		
20. ¿Alguna vez has tenido una conmoción cerebral o una lesión en la cabeza que causó confusión, dolor de cabeza prolongado o problemas de memoria?		
21. ¿Alguna vez has tenido entumecimiento, hormigueo o debilidad en los brazos o las piernas, o no has podido mover los brazos o las piernas después de haber sido golpeado o caer?		
22. ¿Alguna vez te has enfermado mientras haces ejercicio en el calor?		
23. ¿Usted o alguien de su familia tiene rasgos o enfermedades de células falciformes?		
24. ¿Alguna vez ha tenido o tiene algún problema con sus ojos o visión?		
25. ¿Te preocupa tu peso?		
26. ¿Está tratando de o alguien le ha recomendado que suba o pierda peso?		
27. ¿Está en una dieta especial o evita ciertos tipos de alimentos?		
28. ¿Alguna vez ha tenido un trastorno alimenticio?		
Sólo mujeres	**Sí**	**No**
29. ¿Alguna vez ha tenido un período menstrual?		
30. ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primer período menstrual?		
31. ¿Cuándo fue su período menstrual más reciente?		
32. ¿Cuántos períodos ha tenido en los últimos 12 meses?		

Explique una respuesta de "Sí" aquí: _____

Por la presente, declaro que, hasta donde yo sé, mis respuestas a las preguntas de este formulario son completas y correctas.

Firma del atleta: _____

Firma de padre o tutor: _____

Fecha: _____

© 2019 Academia Estadounidense de Médicos de Familia, Academia Estadounidense de Pediatría, Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Médica Estadounidense de Medicina Deportiva, Sociedad Ortopédica Estadounidense de Medicina Deportiva y Academia Osteopática Estadounidense de Medicina Deportiva. Se concede permiso para reimprimir con fines educativos no comerciales con reconocimiento..

Permiso de los padres y reconocimiento del riesgo por la participación del hijo o hija en atletismo

Nombre (escrito) _____

Como padre / tutor del estudiante-atleta arriba mencionado, doy permiso para que él / ella participe en eventos atléticos y la evaluación física para la participación. Entiendo que esto es simplemente una evaluación de detección y no un sustituto de la atención médica regular. También concedo permiso para el tratamiento que se considere necesario para una condición que surja durante la participación de estos eventos, incluyendo el tratamiento médico o quirúrgico recomendado por un profesional médico. Autorizo a enfermeras, instructores y entrenadores, así como a médicos o personas bajo su dirección que sean parte de la prevención y tratamiento de lesiones atléticas, a tener acceso a la información médica necesaria. Sé que el riesgo de lesiones a mi hijo / a viene con la participación en deportes y durante el viaje hacia y desde el juego y prácticas. He tenido la oportunidad de entender el riesgo de lesiones durante la participación en deportes a través de reuniones, información escrita o por otros medios. Mi firma indica que, según mi conocimiento, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas. Entiendo que los datos adquiridos durante estas evaluaciones pueden ser utilizados con fines de investigación.

Firma del Atleta _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

COMUNICADO DE PRENSA/COMPROMISO DE LOS PADRES

Comunicado de prensa: Como padre de un estudiante-atleta en el Distrito Escolar del Condado de Beaufort (BCSD), entiendo que el estudiante-atleta puede ser fotografiado, grabado en video o entrevistado por el distrito escolar para promover el BCSD. Esto incluye la transmisión en vivo de eventos deportivos al público en general. Entiendo que las imágenes, videos y entrevistas pueden ser utilizados en el sitio web del BCSD, en publicaciones de distrito escolar, publicaciones externas y medios electrónicos.

Nombre del estudiante: (ESCRITO): _____

Firma del estudiante:_____ Fecha: _____

Padre/Tutor (ESCRITO): _____

Firma de Padre/Tutor:_____ Fecha: _____

Promesa de los padres: Como padre, entiendo que soy un modelo a imitar. Mi firma a continuación indica mi acuerdo con cada uno de los siguientes: recordaré que el atletismo escolar es una extensión de la clase, ofreciendo experiencias de aprendizaje para los estudiantes, ya sean participantes o espectadores. Mostraré respeto por los equipos opositores involucrados. El uso de lenguaje inapropiado y la burla son contrarios al espíritu de juego limpio y a un buen deportista que BCSD, sus escuelas, las conferencias atléticas en las que participan nuestras escuelas y el SCHSL, espera de sus miembros. Acepto mi responsabilidad de modelar el buen espíritu deportivo que viene con ser el padre de un estudiante atleta. Estoy de acuerdo en alentar y apoyar a mi estudiante asistiendo a las reuniones de padres como lo requiere la escuela/entrenador. Prestando apoyo a la escuela / actividad del club de apoyo, garantizando que mi estudiante siga todas las reglas de SCHSL, BCSD, escuela y equipo, reglas, interactuando con maestros, consejeros y administradores escolares regularmente para monitorear el éxito académico / progreso de mi estudiante, demostrando buen espíritu deportivo en todo momento hacia entrenadores, oficiales, competidores y personal, presentando todos los honorarios y formularios requeridos para la participación, siguiendo los métodos establecidos para hacer frente a las preocupaciones del programa/individual, entrando primero en comunicación con el entrenador de mi estudiante, asistiendo a los certámenes en los cuales mi estudiante estará involucrado tan a menudo como sea posible, y asegurar que mi estudiante tenga el transporte necesario hacia/desde las prácticas y eventos.

Nombre del estudiante: (ESCRITO): _____

Firma del estudiante:_____ Fecha: _____

Padre/Tutor (ESCRITO): _____

Firma de Padre/Tutor:_____ Fecha: _____

FORMULARIO DE ACUERDO DE PERMISO DE PADRES

Escuela:_____ Actividad:_____

Nombre del Estudiante:_____ Grado: _____

Como padre / tutor de un estudiante del Distrito Escolar del Condado de Beaufort, que elige participar en actividades co-curriculares, estoy de acuerdo en alentar y apoyar a mi hijo /a y su actividad mediante:

1. Asistir a las reuniones de padres según lo requiera la escuela / entrenador
2. Prestando apoyo a la escuela / actividad del club de apoyo
3. He de asegurarme de que mi hijo /a siga el código de conducta del estado, distrito, estudiante y todos los códigos de disciplina en todo momento
4. Interactuar con maestros, consejeros y administración de la escuela regularmente para monitorear el éxito académico / progreso de mi estudiante
5. Demostración de buen espíritu deportivo en todo momento hacia entrenadores, oficiales, equipo de casa / visitantes, competidores y personal
6. Enviando todos los honorarios y formularios requeridos para los participantes
7. Siguiendo los métodos establecidos para abordar las inquietudes del programa / individuales haciendo el contacto inicial para una conferencia programada usando la Cadena de mando:

   A. Entrenador Auxiliar B. Entrenador Principal C. Director Atlético
   D. Sub-Director E. Director F. Oficina del Distrito

8. Asistir al certamen en el cual mi estudiante estará involucrado tanto como sea posible
9. Asegurándome que mi estudiante tenga el transporte necesario hacia/desde las prácticas y eventos

Como padre / tutor, entiendo que mi participación y apoyo directo es necesario para que esto sea una experiencia valiosa para mi hijo /a. Mi firma a continuación indica que he aceptado los términos anteriores de este acuerdo.

Nombre del Padre/Tutor: (ESCRITO): _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE DROGAS

Deseo que _____, (estudiante) pueda participar en algunas o todas las siguientes actividades o privilegios voluntarios ofrecidos por el Distrito Escolar del Condado de Beaufort, que incluyen: atletismo inter-escolar, otras actividades extracurriculares voluntarias y privilegios de estacionamiento en el campus.

Por la presente estoy de acuerdo en que:

□ He leído y entiendo la regulación administrativa del Distrito Escolar del Condado de Beaufort que rige las pruebas de drogas al azar a los estudiantes.

□ _____, (estudiante) deberá ser inscripto en el programa de pruebas de drogas al azar del Distrito Escolar del Condado de Beaufort a partir de este año escolar y puede ser sometido a exámenes de drogas de acuerdo con la regulación de pruebas de drogas al azar en cualquier momento durante su inscripción en el Distrito Escolar del Condado de Beaufort.

□ Prueba de drogas del estudiante bajo la regulación de pruebas de drogas al azar son completamente voluntarios y un estudiante nunca es obligado a someterse a una prueba de drogas. Sin embargo, la negativa a someterse a una prueba de droga tendrá las mismas consecuencias que una prueba de droga positiva.

□ Los resultados de las pruebas de drogas pueden ser entregados al estudiante, padre/ tutor, el Administrador de Pruebas contratado por el Distrito Escolar del Condado de Beaufort, el Oficial de Revisión Médica, el designado por el Superintendente y el Director de la Escuela del estudiante.

_____ _____

Nombre del Estudiante (Escrito) Nombre del Padre/ Tutor

_____ _____

Firma del Estudiante Firma del Padre/Tutor

Fecha: _____, 20____

DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE CONCUSIÓN DEL ESTUDIANTE - ATLETA

Yo, _____, entiendo que es mi responsabilidad informar de todas las lesiones y enfermedades, incluyendo conmociones cerebrales, a mi entrenador de atletismo y/o entrenador principal.

He leído y entiendo la hoja de datos de concusión de CDC, *Una Hoja Informativa de Concusión para los Atletas*, y estoy consciente de la siguiente información:

1. Una conmoción cerebral es una lesión cerebral, que soy responsable de informar al entrenador principal o entrenador atlético.

2. Una conmoción cerebral puede afectar mi capacidad para realizar actividades cotidianas y afectar el tiempo de reacción, el equilibrio, el sueño y el rendimiento en la clase.

3. No puedo ver una conmoción cerebral, pero podría notar algunos de los síntomas de inmediato. Entiendo que otros síntomas pueden aparecer horas o días después de la lesión.

4. Si sospecho que un compañero de equipo tiene una conmoción cerebral, soy responsable de reportar la lesión a mi entrenador principal o entrenador atlético.

5. No volveré a jugar en un juego o práctica si he recibido un golpe en la cabeza o el cuerpo que resulta en síntomas relacionados con la concusión.

6. Después de la concusión, entiendo que el cerebro necesita tiempo para sanar. Entiendo que es mucho más probable que tenga una conmoción cerebral repetida si vuelvo a jugar antes de que los síntomas se resuelvan.

7. En casos raros, entiendo que las conmociones cerebrales repetidas pueden causar daño cerebral permanente e incluso la muerte.

Reconozco que he leído y entiendo la *Hoja de Datos de los CDC para Atletas* y la política de Cobertura de Seguro de Estudiante del Condado de Beaufort y acepto estas responsabilidades para proteger mi bienestar. Si tengo alguna pregunta, es mi responsabilidad hacerla al personal de entrenamiento atlético o a mi entrenador.

Nombre del Estudiante:	Firma:	Fecha:
Nombre del Padre/Tutor:	Firma:	Fecha:

Exención de Elegibilidad para Padres y Estudiantes

Nombre del estudiante-atleta (escriba en letra imprenta) _____

Entiendo y acepto cumplir con los procedimientos establecidos en el Reglamento de la Liga de Escuelas Secundarias de Carolina del Sur (por sus siglas en inglés SCHSL). Para que la SCHSL pueda determinar la elegibilidad del estudiante mencionado en este documento para participar en actividades deportivas Inter escolares en la escuela miembro de la SCHSL, doy mi consentimiento para que se le divulgue a SCHSL toda la información de su expediente escolar; incluyendo, entre otros, los registros de nacimiento y edad, el nombre y la dirección de residencia de los padres o tutores, la dirección de residencia del estudiante, el trabajo académico en curso o finalizado, las calificaciones recibidas y los datos de asistencia.

Firma del Atleta _____ Fecha _____

Firma del Padre_____ Fecha _____