**Iglesia de Santa Teresita/Diocesis de Green Bay**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD PARA PADRES/TUTORES**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_
Nombre de los Padres o tutores: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, doy permiso para que mi hijo(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Participe en esta actividad de la Iglesia que puede requerir transporte a un lugar alejado de la Iglesia. Esta actividad tomara lugar bajo la guía y dirección de los empleados de la Iglesia y/o voluntarios de la **IGLESIA DE SANTA TERESITA.**

Tipo del Evento:
Lugar:
Encargado de la actividad:

Duración de la actividad:

 Modo de transportación, si aplica:

Como padre y/o tutor legal, permanezco responsable por cualquier acción personal tomada por el menor nombrado anteriormente (“participante”). Estoy de acuerdo en nombre de mí mismo, mi hijo nombrado en este documento, o nuestros herederos, sucesores y cesionarios, mantener indemne y defender IGLESIA SANTA TERESA, sus funcionarios, directores, empleados y agentes de la Iglesia Santa Teresa, y la Diócesis de Green Bay, sus empleados y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento, de cualquier reclamo que surja de o en conexión con mi hijo que asiste al evento o en conexión con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con los mismos, y estoy de acuerdo de compensar a la Iglesia/escuela, sus oficiales, directores y agentes, y la Diócesis de Green Bay sus empleados y agentes y chaperones o representantes asociados con los honorarios y gastos razonables de abogados que puedan incurrir en las acciones ejercitadas contra ellos como resultado de dicha lesión o daño, a menos que dicha reclamación se deba a la negligencia de la Iglesia/escuela o la Diócesis de Green Bay.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ASUNTOS MEDICOS:** Por la presente garantizo con lo mejor de mi conocimiento, que mi hijo está en buen estado de salud, y asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo.
**Firma de** **los Padres o tutores** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**fecha** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tratamiento Médico de Emergencia:** En el evento de una emergencia, por la presente doy permiso de transportar a mi hijo(a) a un hospital para tratamiento de emergencia médica o cirugía. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional dado por el hospital o el doctor. En el evento de una emergencia de no poder contactarse conmigo en los números anteriores, por favor contactar a:

Nombre y relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Doctor de Familia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Empresa del Seguro de Salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Póliza #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Medicinas:** Mi hijo está tomando medicinas en este momento. Mi hijo llevará las medicinas si son necesarias y tales medicinas estarán bien etiquetadas. Los nombres de las medicinas y direcciones concisas para que el niño tome tales medicinas, incluyendo la dosis y la frecuencia de las dosis son como sigue: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 **Elegir UNA de las siguientes opciones:**1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_No se le administrara ningún tipo de medicina a mi hijo(a) ya sea con receta o sin receta, al menos que la situación atente contra su vida y un tratamiento de emergencia sea requerido.
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_Por la presente doy permiso para que se le administre a mi hijo(a) medicina sin receta (como aspirina, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) si se considera apropiado.

**Información Medica Especifica:**Alergias (medicinas, comidas, plantas, insectos, etc.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
El niño tiene una dieta recetada por un doctor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
El niño tiene alguna limitación física?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Alguna condición médica especial de la que debamos tener conocimiento?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma de los Padres o tutores** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Fecha**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
+++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++++**PUBLICACION EN LOS MEDIOS DE COMUNICACION**: Este formulario de autorización constituye el permiso para la participación de mi(s) hijo(s) en grabaciones de video y/o fotografías que pudieran ser tomados durante el programa/viaje. Estos podrían ser usados como videos promocionales, promociones en la página web, folletos, para promover la diócesis o la Iglesia o darle otros usos apropiados.

**Firma de** **los Padres o tutores** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_