

Consentimiento de los padres de un(a) joven para participar en una actividad, Liberación e Información Médica de Emergencia

Nombre del participante: _____

Nombre de los padres: _____
Por sí mismos, sus herederos, albaceas y administradores.

Evento: _____

Parroquia/Escuela: St. Mary's Catholic Church ubicada en (*ciudad*):
Caldwell, Texas, una corporación sin fines de lucro
en Texas, incluyendo su facultad, empleados, contratistas, miembros del clero, agentes,
facilitadores y voluntarios.

Diócesis: La Diócesis Católica de Austin, una corporación sin fines de lucro en Texas, incluyendo sus
empleados, contratistas, miembros del clero, sus agentes, facilitadores y voluntarios.

Proveedor de la transportación: _____ (*nombre*)

- A. Quienes firman al calce representan que son los padres o tutores legales del participante y tienen plena autoridad en el derecho a firmar este documento.
- B. Los padres conceden su permiso para el participante para registrarse y participar en este evento.
- C. Los padres reconocen y aceptan que:
 - (1) El participante y los padres voluntariamente desean participar en el evento,
 - (2) El evento puede implicar la actividad física que implique riesgo de lesiones;
 - (3) El participante cumplirá con todas las políticas y normas establecidas para el evento y las instrucciones de las personas para facilitar, organizar o supervisar el evento;
 - (4) El participante y los padres son responsables de la conducta del participante durante el evento y son responsables de los daños y perjuicios, demandas, u otros costos causados por el participante o incurrida como resultado de la conducta del participante, y
 - (5) Si la conducta del participante es inadecuada, peligrosa o perjudicial para el evento, para los demás participantes u otras personas, la Parroquia / Escuela o la Diócesis pueden terminar la participación del participante en el evento y en eventos futuros.
- D. A menos que este párrafo sea tachado y e inicialado por los que firman, los padres autorizan a la Parroquia / Escuela y a la Diócesis proporcionar al participante aspirinas, analgésicos, medicinas para el resfriado, y otros medicamentos de venta sin receta, a petición del participante, si la Parroquia / Escuela o Diócesis consideran razonable hacerlo. La Parroquia / Escuela hará esfuerzos razonables para notificar a los padres antes de autorizar cualquier exceso de tales medicamentos de venta sin receta.
- E. En el caso de una emergencia o una situación que se estime de emergencia, los padres autorizan a la Parroquia / Escuela y la Diócesis a buscar y autorizar la atención médica de emergencia que se dará al participante (por ejemplo, primeros auxilios, medicamentos, anestesia, o cirugía). La Parroquia / Escuela harán esfuerzos razonables para notificar a los padres antes de autorizar cualquier atención de emergencia.
- F. Los padres otorgan a la Parroquia / Escuela y a la Diócesis el permiso de:
 - (I) fotografiar y vídeo grabar al participante durante el evento, y
 - (II) a utilizar las fotografías y cintas de vídeo en las publicaciones y promociones de la Parroquia / Escuela y la Diócesis, incluyendo pero no limitándose a las publicaciones tales como sitios de Internet, boletines informativos, anuncios, álbumes de recortes, y anuarios.

E. En la medida permitida por la ley, los padres, por sí mismos y por el participante, liberan y se comprometen a indemnizar y a eximir de responsabilidad a la Parroquia / Escuela, la Diócesis, y la compañía de transporte de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, demandas, y los costos que puedan surgir como resultado de la participación del Participante en el evento o que es, de alguna manera, en relación con dicha participación. Este párrafo abarca la pérdida bajo cualquier teoría de la pérdida (por negligencia u otra forma), incluyendo pero no limitada a, lesiones personales o daños materiales. Los padres y el participante asumen todos los riesgos de lesiones o pérdidas por daños corporales o daños materiales.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Por favor proporcione la siguiente información:

Contacto de Emergencia e Información de Seguro Médico

En el caso de una emergencia llame a: _____

Teléfono(s) y dirección(es): _____

Contacto alternativo: _____

Teléfono(s) y dirección(es): _____

Compañía del Seguro Médico del participante: _____

_____ (Teléfono)

_____ (Dirección)

_____ (Número de póliza)

Deberá adjuntar copia de la tarjeta de seguro médico.

Fecha de la última vacuna contra el Tétanos: _____

El participante tiene las siguientes condiciones (alergias, condiciones médicas, etc): _____

Agregue una hoja adicional si es necesario.

El participante está tomando los siguientes medicamentos: _____

Adjunte copias de la receta y las instrucciones relacionadas con el medicamento, incluyendo la cantidad y el horario de dosis.

Instrucciones especiales u otra información: _____
