

# Formulario de Conformidad Para Adultos

Este formulario debe de ser completado por cada adulto y chaperón que asista al evento.

## Acuerdo para eximir de toda responsabilidad/Consentimiento Médico

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo), estoy de acuerdo en nombre de mi mismo(a), mis herederos, sucesores, cesionarios, a eximir de responsabilidades y defender \_\_\_\_\_ (nombre de parroquia/escuela), sus funcionarios, directiva, empleados y agentes empleados, y la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, acompañantes, o representantes que están vinculados con el evento, de cualquier reclamación que surja de o en conexión con mi asistencia al evento o en conexión con una enfermedad o lesión (incluyendo muerte) o costos de tratamiento médico en conexión con el mismo, y estoy de acuerdo de compensar a la parroquia, sus funcionarios, directivos y agentes, y la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, o representantes que están vinculados con el evento los honorarios razonables de abogado y gastos que puedan incurrir en cualquier acción contra ellos como resultado de tales lesiones o daños, a menos que tal reclamación resulte de la negligencia de la parroquia/diócesis.

**Sé que debo y defenderé las políticas y prácticas del departamento de Safe Environment (Departamento de Ambiente Seguro) de la Arquidiócesis de Nueva York.**

En el caso de que necesite algún tratamiento médico y no pueda comunicar mis deseos a los médicos u otro personal médico, doy permiso para que se administre cualquier tratamiento de emergencia que sea necesario. Por favor avise a los doctores de lo siguiente:

Alergias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Opcional) Condiciones médicas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Opcional) Medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de una emergencia y para un permiso de tratamiento más allá de los procedimientos de emergencia, por favor de comunicarse con:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Tel. celular: (     ) \_\_\_\_\_ Tel. alternativo: (     ) \_\_\_\_\_

Compañía de seguro medico: \_\_\_\_\_

No. de póliza: \_\_\_\_\_ No. de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

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

Imprima nombre: \_\_\_\_\_

# Consentimiento Médico y Permiso para Ser Tratado

Por la presente, garantizo que en base a mi conocimiento, mi hijo(a) se encuentra en buen estado de salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a).

*De las siguientes declaraciones relacionadas con los asuntos médicos, firme sólo las que son aplicables.*

## Información del seguro:

Compañía de plan de salud familiar: \_\_\_\_\_ Numero de póliza: \_\_\_\_\_

## Tratamiento médico de emergencia:

En el caso de una emergencia, por la presente doy permiso a transportar a mi hijo(a) a un hospital para el tratamiento médico de emergencia o tratamiento quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico.

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

En el caso de una emergencia, si Ud. no puede ponerse en contacto conmigo en los números antedichos, póngase en contacto con:

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) está bajo el cuidado de un proveedor médico:  Si  No

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

## Otro tratamiento médico:

En el caso de que llega a la atención de la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos y agentes, y de la Arquidiócesis de Nueva York, acompañantes, o representantes que están vinculados con la actividad, que mi hijo(a) se pone malo con síntomas como dolor de la cabeza, vómito, dolor de la garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llame por llamada a cobrar (por cobrar yo mismo).

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

## LEA Y FIRME SI TU HIJO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS EN ESTE MOMENTO.

Mi hijo(a) traerá todos los medicamentos necesarios, y tales medicamentos deberán llevar una etiqueta que indique claramente su contenido. Los medicamentos/tratamientos que requieran cualquier forma de desnudez deben ser auto administrados por el alumno en privado. Las excepciones a esta política son medicamentos que deben estar en posesión constante del joven. (p.ej. insulina, inhaladores, EpiPens). Nombres de los medicamentos y direcciones concisas para asegurar que el niño toma tales medicamentos, incluyendo la dosis y frecuencia de la dosis, son los siguientes.

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

## Información médica específica:

La parroquia asegura de tomar las medidas necesarias para que toda esta información sea mantenida confidencial.

Reacciones alérgicas (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.): \_\_\_\_\_

Inmunizaciones: Fecha de última inmunización de tétanos/difteria: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) una dieta medicamente recetada?  Si  No

¿Tiene su hijo(a) alguna limitación física?  Si  No

¿Tiene su hijo(a) nostalgia crónica, reacciones emocionales a situaciones nuevas, sonambulismo, enuresis nocturnal, o desmayos?  
 Si: \_\_\_\_\_  No

¿Ha estado expuesto recientemente su hijo(a) a alguna enfermedad contagiosa o condiciones, como las paperas, el sarampión, la varicela?  Si  No

En caso afirmativo, escriba la fecha y la enfermedad o condición: \_\_\_\_\_

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas de mi hijo(a): \_\_\_\_\_

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

# Permiso de Padres/Tutores y Renuncia de Responsabilidad

## Descripción de la Actividad/Evento

Evento/actividad: \_\_\_\_\_  
Fecha de evento/actividad: \_\_\_\_\_  
Lugar de evento/actividad: \_\_\_\_\_

## Persona(s) Responsable(s):

De parte de la parroquia/escuela: \_\_\_\_\_  
Lugar para reunirse: \_\_\_\_\_  
Modo de transportación: \_\_\_\_\_

## Horario Estimado para Partir/Regresar:

Partida de parroquia/escuela: Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Partida de evento/actividad: Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

## Información del Participante:

Nombre del participante: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o guardián : \_\_\_\_\_  
Dirección completa: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
( ) \_\_\_\_\_

## Permiso para Participar

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre del padre o tutor), doy permiso para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_ (nombre del niño/niña), participe en los eventos de la iglesia donde requiere transportación a lugares fuera de la iglesia. Esta actividad se llevará a cabo bajo la dirección y guía de voluntarios y trabajadores de la Arquidiócesis de Nueva York y de la parroquia \_\_\_\_\_ (nombre de la parroquia/escuela).

**OPCIONAL :** \_\_\_\_\_ Al iniciar, **ME NIEGO** a dar mi consentimiento a que mi hijo(a) sea fotografiado y grabado, y que las imágenes puedan ser usadas en materiales de promoción de video, impresos, o electrónicos para futuro eventos.

## Acuerdo para eximir de toda responsabilidad

Como padre y/o tutor legal, continúo siendo legalmente responsable por las acciones personales realizadas por el menor antes mencionado ("participante").

Estoy de acuerdo en nombre de mi mismo(a), mi hijo(a) antes mencionado(a), y nuestros herederos, sucesores, cesionarios, a eximir de responsabilidades y defender \_\_\_\_\_ (nombre de parroquia/escuela), sus funcionarios, directiva, empleados y agentes empleados, la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, acompañantes, o representantes que están vinculados con el evento, de cualquier reclamación que surja de o en conexión con la asistencia de mi hijo/a al evento o en conexión con una enfermedad o lesión (incluyendo muerte) o costos de tratamiento médico en conexión con el mismo, y estoy de acuerdo de compensar a la parroquia, sus funcionarios, directivos y agentes, y la Arquidiócesis de Nueva York, sus empleados y agentes, o representantes que están vinculados con el evento los honorarios razonables de abogado y gastos que puedan incurrir en cualquier acción contra ellos como resultado de tales lesiones o daño, a menos que tal reclamación resulte de la negligencia de la parroquia/diócesis.

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