



# Formulario de Consentimiento de los Padres/Guardián y Exención de Responsabilidad

Información del Participante			
Nombre del participante y correo electrónico:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de la casa:		Nombre y correo electrónico del padre/guardián:	
Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	Otro número donde padre/guardián puede ser localizado durante el evento:	

Consentimiento y Exención de Responsabilidad	
<b>¡Importante! Para ser completado por el padre/guardián de los jóvenes menores de 18 años de edad e individuos de 18 años o más que todavía estén en la escuela secundaria.</b>	
En consideración del programa en que mi hijo/hija participara, yo, como padre/guardián de mi hijo/hija, me comprometo a permitir que mi hijo/hija acompañe a (nombre de la entidad) _____ a: _____.	
Evento y dirección:	Fecha y hora:
<input type="checkbox"/> Transporte no proporcionado <input type="checkbox"/> Transporte proporcionado	Método de transporte:
Reconozco que (nombre de la entidad) _____ está proporcionando transporte solamente desde _____ y hacia el evento. Reconozco y asumo el riesgo de este transporte para mi hijo. Mi hijo debe cumplir con las normas y procedimientos de (nombre de la entidad) _____. Mediante la concesión de este permiso, también renuncio a cualquier reclamación en contra de, libero, eximo e indemnizo (nombre de la entidad) _____, la Diócesis de Orlando, cualquiera de sus religiosos, empleados, voluntarios, agentes y representantes de toda responsabilidad, reclamos, demandas y causas de acción que surja de o en relación a cualquier pérdida, daño o lesiones sufridas en relación con o que surjan de la participación de mi hijo en el programa.	

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_  
 Fecha  
*(debe firmar para todos los participantes menores de 18 años y de 18 años o más que todavía estén en la escuela secundaria.)*

**Participante:** Al firmar en la línea de abajo, certifico que toda la información en este formulario de viaje está completo y es cierta, también me comprometo a cumplir con cualquier/toda política establecida para este evento/actividad. De no ser capaz de mantener las directivas y expectativas de los adultos y mis compañeros, entiendo que habrá consecuencia por mis actos, incluyendo ser retirado de la actividad y enviado a casa a expensa de mis padres/guardianes.

\_\_\_\_\_  
 Firma del participante \_\_\_\_\_  
 Fecha

Información de seguro:			
<input type="checkbox"/> No, no tengo seguro médico en este momento. <input type="checkbox"/> Sí, tengo seguro médico en este momento.			
Compañía de seguro:			
Nombre del asegurado:		Numero de póliza:	
Nombre del padre:	Teléfono:	Nombre de la madre:	Teléfono:

**En caso de que el participante no tenga seguro, el pago por cuidado médico en su totalidad es responsabilidad del padre/guardián del participante.**



# Permiso Para Divulgación de Imagen

(Asignación de Fotografía e Imagen, Renuncia y Permiso Para Publicar)

(Spanish Version of "Image Release Form", Photography and Image Assignment, Waiver, and Release)

Yo \_\_\_\_\_, en consideración valiosa recibida y la autoridad para acceso a la propiedad, actividades o eventos Diocesanos, expresamente asigno a \_\_\_\_\_ y a la Diócesis de Orlando en general, a todos sus agentes, futuros, actuales y pasados, y entidades relacionadas (colectivamente, "la Diócesis) todos los derechos, títulos e intereses en, y para el uso de la imagen o semejanza de la misma, incluyendo pero no limitado a todas las grabaciones de video, fotografías, grabaciones de audio, hechas por mí, y/o por mi hijo(a) o su guardián, durante cualquier evento patrocinado por la Diócesis o para cualquier otro propósito diocesano ("la Propiedad"). La Diócesis tendrá, sin necesidad de mi consentimiento previo, el derecho de asignar y traspasar sus derechos a la Propiedad, en parte o en su totalidad, a cualquier publicación diocesana, comunicado de prensa, entidad, parroquia o escuela dentro de la Diócesis de Orlando.

Por este medio concedo este derecho irrevocable a la Diócesis perpetua y exclusivamente para utilizar e incorporar (solo o en conjunto con otros materiales) en su totalidad o en parte, en cualquier publicación diocesana, comunicado de prensa, o para cualquier otro propósito. Además autorizo la reproducción, venta, arrendamiento, derechos, exposición, transmisión o distribución de la Propiedad sin limitación alguna para cualquier propósito y por este medio renuncio a todos los derechos de compensación por la participación o aparición mía o de mi hijo(a) en dicha Propiedad. Entiendo y he sido informado que las fotografías o videos de los participantes pueden ser utilizadas en publicaciones, páginas Web o en otros materiales producidos ocasionalmente por la Diócesis. El nombre del participante no puede identificarse sin autorización previa por escrito. Además, entiendo que la diócesis no tiene control sobre el uso de fotografías o película(s) tomadas por medios de comunicación cubriendo el evento en el que mis hijos yo menores bajo mi tutela participan.

Este documento confirma mi renuncia a cualquier reclamación en contra de la Diócesis, sus religiosos, empleados, voluntarios, agentes, sucesores y cesionarios actuales, anteriores o futuros, y en contra de cualquier reclamo, demanda, acción legal, causas de acciones, costos, gastos pasivos y daños que yo y/o mi hijo(a)/menor bajo mi tutela pueda tener en contra de la Diócesis relacionadas con la Propiedad o el uso de la Propiedad.

Este documento no obliga a la Diócesis a utilizar la Propiedad o a utilizar cualquiera de los derechos otorgados en el mismo, o exhibir, distribuir o explotar la Propiedad. Reconozco que la Diócesis no puede controlar todo acceso fotográfico a sus Propiedades y que el nombre de mi hijo(a)/menor bajo mi tutela puede ser impreso con fotos e imágenes en diversas publicaciones, incluyendo publicaciones no diocesanas.

Represento y confirmo que soy mayor de dieciocho años de edad, y que he leído y comprendo los términos de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigos

\_\_\_\_\_  
Si aplica, nombre del guardian del menor :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Política de los Medios de Comunicaciones Sociales

## Formulario de Consentimiento para Comunicación Electrónica con Menores

Para garantizar la máxima transparencia y participación de los padres, la Diócesis de Orlando ha creado este formulario de consentimiento para que los padres y tutores puedan seleccionar cómo los líderes de Ministerios se comunican electrónicamente con los menores. Toda red digital y comunicación incluyendo, pero no limitada a correo electrónico, mensajes de texto, Facebook, Twitter, otras sitios de redes sociales, etc., con la parroquia/escuela/organización juvenil será relacionada con el Ministerio y NO de naturaleza personal, restringido a la materia en cuanto a clases, eventos del Ministerio de jóvenes, eventos de la parroquia, eventos escolares, itinerario de horario o registro de eventos escolares/atleticos. Este formulario se mantendrá en una carpeta confidencial para uso exclusivo de la parroquia/escuela/organización. La(s) persona(s) autorizadas a comunicarse con el menor cumple con la Política de Medioambiente Seguro de la Diócesis de Orlando de esta parroquia y la escuela.

Nombre de Pariente/Guardián: \_\_\_\_\_

Nombre del Menor(es): \_\_\_\_\_

Nombre del Líder del Ministerio: \_\_\_\_\_

Nombre de Parroquia/Escuela: \_\_\_\_\_

### Métodos de Comunicación Aprobados por los Padres (Circule todos los que apliquen):

Teléfono del Hogar

Teléfono Celular (llamada/texto)

Correo electrónico

Cuenta de Medio Social

Otro \_\_\_\_\_ (favor de explicar)

### Métodos de Comunicación aprobados por los Menores (Circule todos los que apliquen):

Teléfono del Hogar

Teléfono Celular (llamada/texto)

Correo electrónico

Cuenta de Medio Social

Otro \_\_\_\_\_ (favor de explicar)

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

No puede comunicarse directamente con mis hijos.



# Formulario de Información Médica y Consentimiento de Padre(s)/Guardián

Spanish Version of the Parental/Guardian Medical Information & Consent Form

## Información del Participante

Nombre del Participante:				Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Phone:
Nombre de Padre:			Teléfono:		
Nombre de la Madre:			Teléfono:		
Nombre del Contacto de Emergencia:			Lenguajes del Contacto de Emergencia:		

## Información Médico

Por la presente garantizo con lo mejor de mi conocimiento, que toda la información proporcionada es verdadera y correcta y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar el formulario de consentimiento & información médica si hay cualquier cambio en la salud de mi hijo. *(Poner iniciales)* \_\_\_\_\_

**Tratamiento Médico de Emergencia:** En caso de emergencia, doy autorización para que mi hijo sea transportado a un hospital o clínica para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. *(Poner iniciales)* \_\_\_\_\_

Médico de Familia:	Teléfono:
--------------------	-----------

**Medicamentos:** Por este medio **doy autorización** para que a mi hijo se le provean los siguientes medicamentos. Todos los medicamentos deben estar debidamente identificados. (NOTA: Todo medicamento de prescripción debe estar en el envase original de la farmacia con el nombre del joven o niño en la etiqueta. Los medicamentos no prescritos deben estar en su envase original con el nombre del joven o niño en el envase. Libero y eximo a *(nombre de la edad)* \_\_\_\_\_, la Diócesis de Orlando y cualquier otro religioso, empleado, voluntarios, agentes y representantes de cualquier daño o perjuicio resultante de la administración del medicamento. *(Poner iniciales)* \_\_\_\_\_

Los nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para verificar que el niño toma dichos medicamentos con las dosis y frecuencia apropiadas, son como siguen:

Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:

**Información sobre Condiciones Médicas:** (Se tomarán pasos razonables para mantener esta información confidencial, pero la misma será compartida con personal Diocesano y otros según sea necesario.) Mi hijo/hija:

- Es alérgico a los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_
- Ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado con:  Ataques  Asma  Diabetes
- Ha tenido una reacción alérgica a (comidas, tintes, látex, etc.) \_\_\_\_\_
- Ha tenido cirugía dentro de los últimos seis meses  Sí  No ¿Todavía bajo cuidado médico?  Sí  No
- Tiene una dieta medicamente prescrita *(favor explicar)* \_\_\_\_\_
- Tienen las siguientes limitaciones físicas: \_\_\_\_\_
- ¿Tienen las vacunas al día?  Sí  No Fecha de la última vacuna de tétano/difteria \_\_\_\_\_
- Debe estar consciente de las siguientes condiciones médicas especiales de mi hijo/hija: \_\_\_\_\_

## Información de seguro

<input type="checkbox"/> No tengo seguro médico en este momento	Compañía de seguro
<input type="checkbox"/> Tengo seguro médico en este momento	
Nombre del asegurado	Número de póliza:

En caso de que el participante no tenga seguro, el pago por cuidado medico, en su totalidad, es responsabilidad del padre/guardián del participante.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre(s)/Guardián  
*(debe ser firmado para cualquier participante menor de 18 y mayor de 18 si todavía está en escuela secundaria)*

\_\_\_\_\_  
Fecha