



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

(Este formulario se requiere para participantes menores que asistan a viajes).

Note: This is the Spanish version of the Parental/Guardian Consent Form & Liability Waiver.

Este formulario debe 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.

Información del Participante			
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de casa:	Celular:	Trabajo:	
Otro número donde padre/guardián puede ser localizado durante el evento:			
En consideración del programa en que mi hijo/hija participará, yo, como padre/guardián de mi hijo/hija, me comprometo a permitir que mi hijo/hija acompañe a: (Parroquia/Diócesis/Escuela) _____			
Evento & Localización: NCYC 2023 Indianapolis, Indiana		Fecha & Hora:	
<input type="checkbox"/> Transportación No Proporcionada <input type="checkbox"/> Transportación Proporcionada		Método de Transporte:	
Reconozco que (nombre de entidad) _____ proporciona transporte hacia y desde (lugar del evento) _____. Reconozco y asumo el riesgo de este transporte para mi hijo/a. Mi hijo/a debe cumplir con las reglas y procedimientos de (nombre de entidad) _____. Por la presente renuncio a cualquier reclamación en contra de, y LIBERO, EXIMO E INDEMNIZO, a (nombre de entidad) _____, la Diócesis de Orlando, y cualquiera de sus religiosos, empleados, personal, voluntarios, agentes y representantes de cualquier reclamación, responsabilidad, pérdida, daños, costos o gastos surgidos por mi participación en este evento. Relevo dichas reclamaciones en contra de cualquier organización o persona, que surja directa o indirectamente de o sea atribuible de algún modo legal, a alguna acción u omisión para actuar de dicha organización o persona en conexión con la ejecución de este evento. Autorizo tratamiento por un médico con licencia o un equipo médico con licencia en caso de un accidente o enfermedad que pueda surgir o cualquier hospitalización que sea necesaria.			

Información de Seguro			
¿Tiene Seguro Médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		Si tiene, favor proveer la siguiente información:	
Compañía de seguro:			
Póliza a nombre de:		Número de póliza:	
Nombre del padre:	Teléfono:	Nombre de la madre:	Teléfono:

En caso de que el participante no tenga seguro, el pago en total por servicios médicos será la responsabilidad del padre/guardián del participante.

Al firmar en la línea de abajo, certifico que toda la información sobre la forma de viaje está completa y correcta. También estoy de acuerdo en cumplir con todas las políticas establecidas para este evento o actividad. Si no puedo mantener las pautas y expectativas para este evento, entiendo que habrá consecuencias por mis acciones que podrían incluir que se me exija abandonar el evento. Al consentir al uso de una firma electrónica, estoy de acuerdo a los derechos y obligaciones en este *Formulario de Consentimiento de los Padres/Guardián y Exención de Responsabilidad*. Puedo obtener una copia del *Formulario de Consentimiento de los Padres/Guardián y Exención de Responsabilidad* firmado electrónicamente solicitando una copia del *Formulario de Consentimiento de los Padres/Guardián y Exención de Responsabilidad* de

_____ *(Parroquia/Diócesis/Escuela)*

donde presenté el documento. Si prefiero, puedo imprimir el *Formulario de Consentimiento de los Padres/Guardián y Exención de Responsabilidad*, firmarlo a mano, y entregarlo a

_____ *(Parroquia/Diócesis/Escuela)*

Puedo retirar mi consentimiento al *Formulario de Consentimiento de los Padres/Guardián y Exención de Responsabilidad* notificando, por escrito a

_____ *(Parroquia/Diócesis/Escuela)*

El consentimiento no puede ser revocado para _____ *(evento)*

una vez el evento ha comenzado. Si retiro mi consentimiento, yo y/o mi niño(a) no podremos asistir

a este _____ *(evento)*.

Si retiro mi consentimiento, entiendo que todavía seré responsable por

_____ *(costo del evento o por honorarios ya incurridos)*

Firma

Fecha



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:	Cuidad:	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		
<p>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. <i>(Poner iniciales)</i> _____</p> <p>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. <i>(Poner iniciales)</i> _____</p>		
Médico de Familia:	Teléfono:	
<p>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 <i>(nombre de la edad)</i> _____, la Diócesis de Orlando y cualquier otro religioso, empleado, voluntarios, agentes y representantes de cualquier daño o perjuicio resultante de la administración del medicamento. <i>(Poner iniciales)</i> _____</p> <p>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:</p>		
Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:

<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es alérgico a los siguientes medicamentos: _____ • Ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado con: <input type="checkbox"/> Ataques <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes • Ha tenido una reacción alérgica a (comidas, tintes, látex, etc.) _____ • Ha tenido cirugía dentro de los últimos seis meses <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Todavía bajo cuidado médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Tiene una dieta medicamente prescrita <i>(favor explicar)</i> _____ • Tienen las siguientes limitaciones físicas: _____ • ¿Tienen las vacunas al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <i>(debe ser firmado para cualquier participante menor de 18 y mayor de 18 si todavía está en escuela secundaria)</i>	Fecha
--	-------



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 :



Pólizas 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, otros 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/atléticos. 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 Pólizas 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)

No puede comunicarse directamente con mis hijos.

Firma: _____ Fecha: _____