

Permiso de Padres/Tutores y Renuncia de Responsabilidad

Descripción de la actividad/evento: "Marycrest Youth Day 2027" (Marycrest Día de la Juventud 2027)

Fecha: 7 de Agosto 2027

Destino: Marycrest Convent, Monroe, NY 10950

Persona(s) Responsable(s):

De parte de la Parroquia/Escuela: _____

De parte del evento: *Parish Visitors of Mary Immaculate*

Modo de transportación: De/a la parroquia/escuela al Marycrest Convent, Monroe, NY: _____

Horario estimado partida desde la parroquia/escuela: _____

Horario estima regreso a la parroquia/escuela: _____



Información del participante

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de graduación de la escuela secundaria _____ Talla de camiseta: _____ (tallas para adultos)

Edad: _____ Sexo: _____ Jefe de grupo: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Correo electrónico: _____

Dirección completa: _____ Celular: () _____

Permiso para participar: Yo, _____ doy permiso para que mi Hijo(a), _____ 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 *Parish Visitors of Mary Immaculate* y de la parroquia .

Nombre de la Parroquia/Grupo/Escuela

AL INICIAL, NO DOY PERMISO 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 o *las Parish Visitors of Mary Immaculate*.

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

_____, sus funcionarios, , empleados y agentes empleados, la

Nombre de Parroquia/Escuela/Grupo directive

Parish Visitors of Mary Immaculate, 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 *Parish Visitors of Mary Immaculate*, 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/escuela/*Parish Visitors of Mary Immaculate*.

Firma: _____ Fecha: _____



Consentimiento medico 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, firmo sólo las que son aplicables.

Información del seguro:

Compañía de plan de salud familiar: _____ # 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 del padre/tutor: _____ Fecha: _____

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

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: (____) _____ Mi hijo(a) está bajo el cuidado de un proveedor medico: ☐ Si ☐ No

Médico familiar: _____ Teléfono de médico: (____) _____

Otro tratamiento médico: En el caso de que llegue a atención de la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos y agentes, y de *Parish Visitors of Mary Immaculate*, acompañantes, o representantes que están vinculados con la actividad, que mi hijo(a) se pone malo con síntomas como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llame por llamada a cobrar (por cobrar yo mismo).

*Firma del padre/tutor: _____ 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 politica 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 del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Doy permiso para que mi hijo se autoadministre medicamentos de venta libre, como Tylenol, Benadryl, Ibuprofen durante su participación en este evento. * _____ **iniciales del padre / tutor.**

Información médica específica: Nosotras asegura de tomar las medidas necesarias para que toda esta información sea mantenida confidencial. Reacciones alérgicas (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.):

Fecha de la última vacuna contra el tétanos/difteria: _____

¿Tiene el niño una dieta prescrita por un médico? _____

¿Alguna limitación física? _____

¿Ha estado el niño recientemente expuesto a enfermedades o afecciones contagiosas, como paperas, sarampión, varicela, etc.? Si es así, indique la fecha y la enfermedad o condición: _____

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas de mí hijo(a): _____

*Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____