



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDADES
PARENTAL/GUARDIAN CONSENT FORM AND LIABILITY WAIVER

Favor de volver la forma de parroquia/escuela/organización eclesástico

Nombre del Menor ("Participante"): _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Nombre de los Padres o Tutor: _____

Yo / Nosotros, _____
Nombre de los Padres o del Tutor

autorizo a mi hijo, _____,
Nombre del Participante

a participar en esta actividad de la parroquia/escuela/entidad. Esta actividad tendrá lugar bajo la supervisión y dirección de los

empleados y/o voluntarios de _____
Nombre de la Parroquia/Escuela/Entidad

Breve descripción de la actividad: _____

Tipo de actividad: _____

Localización: _____

Persona/s encargadas: _____

Duración de la actividad: _____

Modo de transporte ida y vuelta: _____

Como padre/s o tutor legal, yo permanezco legalmente responsable de cualquier acción personal llevada a cabo por el Participante arriba mencionado.

Yo/Nosotros estoy de acuerdo en defender, indemnizar y no actuar en contra de la Parroquia/Escuela/Entidad y la Archidiócesis de Denver así como de cualquiera de sus agencias afiliadas ni sus respectivos agentes, directores, funcionarios, empleados ni voluntarios por cualquier reclamación o demanda hecha por daño, pérdida, enfermedad o lesión del Participante arriba mencionado.

Firma: _____
Padre o Tutor

Fecha: _____

Firma: _____
Padre o Tutor

Fecha: _____

ASUNTOS MÉDICOS

La Parroquia/Escuela/Entidad tendrá el máximo cuidado y prudencia sobre la confidencialidad de la siguiente información.

Yo/Nosotros garantizo que, por lo que a mí me consta, mi hijo goza de buena salud, y Yo/Nosotros asumo toda la responsabilidad sobre la *salud* de mi/nuestro hijo. Yo /Nosotros acepto que cualquier gasto médico relacionado con enfermedad o lesión de mi hijo no está cubierto por ningún seguro médico de la Parroquia/Escuela/Entidad y la Archidiócesis de Denver y que Yo/Nosotros soy responsable de dichos gastos.

Tratamiento Médico de Emergencia: En el caso de una emergencia, Yo/Nosotros doy permiso para transportar a mi/nuestro hijo a un hospital para una intervención o tratamiento de urgencia. Yo/Nosotros quisiera ser avisado antes de cualquier tratamiento llevado a cabo por el hospital o doctor. En el caso de una urgencia, si no es posible localizarme en los números arriba mencionados, contacten:

Nombre del Menor ("Participante"): _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de los Padres / Tutor: _____

Teléfono para Urgencias: _____

Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguro: _____

No de Contrato: _____

Reacciones alérgicas a (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.): _____

Vacunas: Fecha de la última vacuna del tétano y de la gripe: _____

¿Tiene el Participante alguna dieta especial prescrita por el médico? _____

¿Alguna limitación física? _____

¿Ha tenido o ha estado expuesto el Participante recientemente a alguna enfermedad contagiosa como: paperas, sarampión, gripe, varicela, etc.? _____

En caso afirmativo, añadir fecha y enfermedad: _____

¿Cualquier otra condición médica?: _____

Medicamentos: ¿Está el Participante actualmente tomando algún medicamento?

Si ☐ No ☐



Es responsabilidad del Participante traer todos los medicamentos que necesite y asegurarse que estén perfectamente etiquetados.

Debe incluirse en este formulario las instrucciones del médico de cabecera del Participante sobre estos medicamentos. Las instrucciones deben incluir el nombre, direcciones concisas sobre la dosis, propósito del medicamento/s y forma de guardarlo/s correctamente.

NOTA: El personal de la Parroquia/Escuela/Entidad y los voluntarios NO administrarán NINGÚN medicamento que requiera el uso de una jeringa u otro sistema de inyección de agujas.

Se deben hacer provisiones alternativas para estas circunstancias y la Parroquia/Escuela/Entidad debe ser informada de dichas provisiones.

Aviso: Quisiera que me contacten en el caso que la Parroquia/Escuela/Entidad, sus funcionarios, directores y agentes, acompañantes o representantes asociados con la actividad, y la Archidiócesis de Denver, detecten que el Participante tiene síntomas como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, etc.

Si ☐ No ☐

Yo/Nosotros autorizo por la presente a administrar al Participante medicamentos sin prescripción médica (productos sin aspirina como ibuprofeno, pastillas para la garganta, jarabe para la tos, etc. si lo estiman oportuno.

Si ☐ No ☐

O: No se administrará a mi hijo ningún medicamento ya sea prescrito o no a menos que haya un riesgo para su vida y sea necesario un tratamiento de emergencia.

Si ☐ No ☐

Firma: _____
Padre o Tutor

Fecha: _____

Firma: _____
Padre o Tutor

Fecha: _____