



CATHOLIC EDUCATION MINISTRIES

305 Seventh Ave. N. • Suite 201 • St. Cloud, MN • 56303 • 320-251-0111 • fax: 320-251-0259

Rally de Jóvenes (Grados 9-12) de 2022 – Amor Firme

JOVENES - FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PADRE/TUTOR Y FORMULARIO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD POR TRATAMIENTO MÉDICO

Utilice este formulario para todos los estudiantes de la escuela secundaria.

Nombre del Participante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____ Grado: _____ Celular del Joven: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

dirección de Casa: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Celular: _____ Otro teléfono para emergencias: _____

Yo, _____ (Nombre del Padre/Tutor) concedo permiso para mi hijo(a), _____ (Nombre del Joven)

para participar en este evento parroquial/diocesano que requiere transporte a un lugar afuera del sitio parroquial. Esta actividad se llevará a cabo bajo la guía y dirección del **Diocese of St. Cloud-Catholic Education Ministries**, empleados parroquiales y/o voluntarios de: _____

(Nombre de la Parroquia)

A continuación una breve descripción de la actividad:

Tipo de evento: **Rally de Jóvenes de Grados 9-12: Amor Firme**

Fecha del Evento: **Domingo, 30 de octubre de 2022**

Costo del Retiro: **\$40/persona antes del 20 de octubre; Del 21-28 de octubre, el costo es de \$45/persona**

Destino del evento: **Lake Geneva Christian Center – Alexandria, MN**

Líder parroquial e información de contacto: _____

Coordinado por: **Diocese of St. Cloud-Catholic Education Ministries**

Hora estimada del evento: **11:30 am – 7:45 pm**

Modo de transporte hacia y desde el evento: **A ser determinado por la parroquia**

Como padre y/o tutor legal, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción personal realizada por el menor mencionado anteriormente ("participante"). Acepto en nombre mío, de mi hijo nombrado en este documento, o de nuestros herederos, sucesores y cesionarios, eximir de responsabilidad y defender a _____ sus

(Nombre de la Iglesia)

funcionarios, directores, empleados y agentes, y el Diócesis de St. Cloud, sus empleados y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento, de cualquier reclamo que surja de o en relación con la asistencia de mi joven al evento o en relación con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo de atención médica. tratamiento en relación con el mismo, y acepto compensar a la parroquia, sus funcionarios, directores y agentes, y la Diócesis de St. Cloud, sus empleados y agentes y chaperones, o representante asociado con el evento por los honorarios y gastos razonables de abogados en los que pueda incurrir en cualquier acción iniciada contra ellos como resultado de dicha lesión o daño, a menos que tal reclamo surja de la negligencia de la parroquia, escuela o diócesis.

Se tomarán fotos durante el rally con fines promocionales. Si no desea que las fotos de su hijo se utilicen con fines promocionales, infórmele al líder de su parroquia por escrito.

Escriba su nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____

Indique si desea un polo y marque el tamaño a continuación

Polos (cada uno): manga corta: \$17, Polo manga larga: \$22, Sudadera con capucha: \$32

Marque uno si quiere: ___ Polo de manga corta, ___ Polo de manga larga, ___ Sudadera con capucha

Marque con un círculo el tamaño deseado: S/P M L/G XL 2XL 3XL 4XL

Pedidos de camisetas a más tardar el 20 de octubre de 2022

ASUNTOS MÉDICOS: Por la presente garantizo que, según mi leal saber y entender, mi hijo goza de buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo.

Por cuidado y preocupación por los participantes y el personal, le pedimos que si algún participante está enfermo, se quede en casa. En este caso, la Diócesis reembolsará la cuota de inscripción a la parroquia del participante.

→ → (De las siguientes declaraciones relacionadas con asuntos médicos, firme solo aquellas que correspondan.) ← ←

Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de una emergencia, doy permiso para transportar a mi joven a un hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser informado antes de cualquier otro tratamiento por parte del hospital o médico. En caso de una emergencia, si no puede comunicarse conmigo a los números anteriores, comuníquese con:

Nombre y relación: _____

Teléfono: _____ Médico de familia: _____ Teléfono: _____

Proveedor del plan de salud familiar: _____ N.º de póliza: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Otro tratamiento médico: En caso de que llegue a la atención de la parroquia, sus funcionarios, directores y agentes, y la Diócesis de Saint Cloud, chaperones o representantes asociados con la actividad de que mi hijo(a) se enferma con síntomas como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llamen al:

Firma: _____ Fecha: _____

Medicamentos recetados: Mi hijo(a) está tomando medicamentos en este momento. Mi hijo(a) traerá todos los medicamentos necesarios, y dichos medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas para asegurarse de que tome dichos medicamentos, incluida la dosis y la frecuencia de la dosis, son los siguientes:

Firma: _____ Fecha: _____

Ningún medicamento de ningún tipo, ya sea con receta o sin receta, se le puede administrar a mi hijo(a) a menos que la situación sea potencialmente mortal y se requiera tratamiento de emergencia.

Firma: _____

Fecha: _____

or

Por la presente doy permiso para que se administren a mi hijo(a) medicamentos sin receta (como productos sin aspirina, es decir, paracetamol o ibuprofeno, pastillas para la garganta, jarabe para la tos), si se considera apropiado.

Firma: _____

Fecha: _____

Información médica específica: La parroquia se encargará de que esta información se mantenga confidencial.

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

¿Tiene el niño una dieta prescrita médicamente? _____

¿Alguna limitación física o condición médica? _____

¿El joven ha estado expuesto recientemente a enfermedades o condiciones contagiosas, como paperas, sarampión, varicela, COVID, etc.?

SI o NO

Si es así, indique la fecha y la enfermedad o condición: _____