

Diócesis de Birmingham, Alabama - Forma CH-1
Permiso de los Padres o Guardianes y Limitación de Responsabilidad

Imprima o escriba claramente toda la información

Nombre del participante _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____

Padre(s) o Guardian(es) _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado ____ Zip _____

Teléfono (casa) _____ Otro teléfono() _____

Yo, (nombre del padre o guardián) _____, le doy permiso a mi hijo(a) (nombre) _____ para que participe en este evento de la juventud de la parroquia, entendiendo que se requiere transportación hasta lugares fuera de los predios de la parroquia. Esta actividad estará bajo la tutela y dirección de empleados de la parroquia desde _____

Breve descripción de la actividad: _____

Fecha del evento o actividad: _____

Tipo de evento o actividad: _____

Lugar del evento o actividad: _____

Nombre y lugar del sitio donde pasarán la noche (si aplica) _____

Persona a cargo y responsable: _____

Hora estimada de salida y regreso: _____

Modo de transportación: _____

Doy permiso también para cuidados de emergencia (incluyendo cirugía, de ser ésta necesaria y recomendada por al menos dos médicos) ordenados por un médico certificado, en casos de heridas o enfermedades que mi hijo(a) sufra durante esta actividad. Este cuidado de emergencia se puede proveer bajo las condiciones necesarias, o bajo las condiciones existentes, para preservar y proteger la vida, extremidades, salud y estado general de mi hijo(a).

Como consideración a la parroquia o escuela que ha permitido que mi hijo(a) participe en este evento, me comprometo indemnificar, exonerar, no culpar de ninguna forma, y defender al propietario y conductor del vehículo motorizado privado, a la parroquia, el párroco, y miembros y personal del ministerio de la juventud, al obispo de Birmingham en Alabama, corporación única, y al obispo como individuo, y a sus sucesores, de toda querrela, demanda, acciones y sus causas, que sucedan de alguna manera con respecto a daños corporales o enfermedades, incluyendo la muerte, incurridos por mi hijo(a) durante el transcurso de estas actividades, incluyendo tratamiento médico de emergencia o quirúrgico para mi hijo(a), aun cuando dichas querellas, demandas o acciones se puedan basar, o que se pueda alegar que se basan en parte o totalmente en la negligencia, abandono o conducta similar de los indemnizados.

Esta indemnización es válida, en todos los eventos, hasta el punto que tal daño, herida, enfermedad o muerte de mi hijo(a) no esté protegida por alguna póliza de seguro activa y disponible a los indemnizados, o cuando la cantidad de responsabilidad sobrepase los límites de dicha póliza de seguro. Me comprometo a ser responsable de todos los riesgos o peligros causados por mi hijo(a) o que hayan surgido durante la participación de mi hijo(a) en esta actividad o en cualquiera de las fases de la actividad.

Solicito que en casos cuando sea necesario cualquier tipo de cuidado médico o cualquier otra emergencia con mi hijo(a), de no estar yo disponible, o de no estar el otro padre o madre disponible por teléfono, que el supervisor responsable adulto se ponga en contacto con el individuo cuyo nombre incluyo a continuación, quien tiene la autoridad de representarme con respecto a las necesidades de emergencia de mi hijo(a).

Otro contacto: _____ Relación: _____

Teléfono(s) del contacto alternativo: _____

Firma del padre o guardián: _____

Nombre _____

INFORMACION MEDICA

Imprima o escriba claramente toda la información

Doctor _____ Teléfono _____

Plan Médico: _____

Número de póliza o contrato: _____ Teléfono: _____

Nombre del beneficiario: _____

Opcional:

Mi hijo(a) está tomando medicamentos actualmente. Mi hijo(a) tendrá consigo todos los medicamentos necesarios, y estos medicamentos estarán claramente rotulados. Los nombres de de los medicamentos y las instrucciones necesarias para que mi hijo(a) los tome debidamente, incluyendo el nombre, dosis y frecuencia de la dosis, son:

Firma _____ Fecha: _____

Opcional:

No permitan que mi hijo tome medicinas de ninguna clase (incluyendo las que no necesitan si receta) sin mi permiso.

Excepciones: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Alergias (medicinas, alimentos, plantas, insectos, etc.) _____

Fecha de la última vacuna contra el tétano: _____

Dieta especial (diabetes, vegetariana, etc): _____

Limitaciones físicas: _____

Deben considerarse las siguientes condiciones médicas o psicológicas de mi hijo (a):

CODIGO DE CONDUCTA

Le he hecho claro a mi hijo(a) que ha de comportarse debidamente y que si no cumple con los códigos normales de conducta puede ser despedido de este evento o actividad. Entiendo que ésto implica que yo soy responsable de proveer e incurrir en todos los gastos de transportación necesaria para regresarlo a mi hogar desde el evento.

Firma: _____ Fecha: _____