|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del participante (letras de imprenta) | | Teléfono de la casa |
| Dirección |  | Ciudad/Estado/Código postal |
| Nombre del padre o de la madre | Teléfono móvil | Teléfono del trabajo |

**Seguridad:** Como participante, me comprometo a observar todos los procedimientos, las precauciones de seguridad y las normas y los reglamentos establecidos por la Diócesis y la Parroquia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del participante |  | Fecha |

**Permiso de los padres y descargo de responsabilidad:** Como padre/madre/tutor legal del participante previamente citado, autorizo para participar plenamente en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*Nombre del programa o del viaje*) desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Fecha y hora de iniciación)* hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Fecha y hora de terminación).* Me comprometo a indemnizar y, por medio del presente instrumento, a exonerar a al Reverendísimo Paul S. Loverde, Obispo de la Diócesis Católica de Arlington, y a sus sucesores en el cargo, así como a la Diócesis Católica de Arlington y a todo el clero, los empleados, los voluntarios, las parroquias y escuelas participantes de la Diócesis, de toda responsabilidad, reclamación, demanda por lesión personal, enfermedad o muerte, así como de cualquier daño a la propiedad y gastos de cualquier naturaleza que pueda incurrir el padre, la madre o el tutor legal del participante como resultado del involucramiento de este último en el evento previamente citado (incluyendo el transporte de ida o regreso del evento). Además, en nombre del participante asumo, por medio del presente instrumento, todo el riesgo de lesión personal, enfermedad, muerte, daño y gastos como resultado del involucramiento de dicho participante en el evento previamente descrito.

**Consentimiento informado para tratamiento médico:** Solicito que en mi ausencia, se admita al menor previamente citado, a cualquier hospital o establecimiento médico para diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo los médicos, a los dentistas y otro personal debidamente acreditado, Doctores en Medicina o Doctores en Odontología u otros técnicos y personal de enfermería acreditados, para que realicen cualquier procedimiento de diagnóstico, tratamiento o procedimiento quirúrgico y tratamiento de rayos X, que el menor previamente citado necesite. No se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados del examen o del tratamiento. Autorizo al hospital o al establecimiento médico que disponga de cualquier espécimen o tejido tomado del menor previamente citado. Asumo plena responsabilidad por todos los costos de ese tratamiento. Además, si fuera necesario que el participante regresara a casa por razones médicas, disciplinarias o de cualquier otra índole, asumo por medio del presente instrumento toda responsabilidad para el transporte del participante a casa y los costos relacionados con dicho transporte.

**Consentimiento de fotografía, prensa, audio y medios electrónicos:** Además, autorizo a la Diócesis de Arlington, sus parroquias, y/o la Catholic Herald para que utilice y publique las fotografías, el video y las grabaciones de audio de mi/nuestro(a) hijo(a) identificándolos por su nombre para fines educativos, notas de prensa, ilustraciones y/o con el propósito de comercialización.

**Contacto de emergencia:** Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información de salud**: ¿Hay algún problema médico que puede afectar el involucramiento del participante en el evento citado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay alguna alergia conocida, incluso una alergia a medicamentos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico y seguro médico:** Proveedor de atención primaria de salud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de la póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo y por medio del presente instrumento estoy de acuerdo con los términos y condiciones del involucramiento del participante en el evento previamente descrito; y, ejecuto libremente este documento de confirmación con pleno conocimiento de su contenido.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del padre o de la madre o del tutor legal |  | Fecha |