

DIÓCESIS DE SACRAMENTO
PERMISO PARA ACTIVIDAD JUVENIL, ACCESO A RECORD MÉDICO,
FORMA DE PERMISO DE LOS PADRES

Esta forma puede ser usada para todas las actividades juveniles del calendario escolar anual

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Nombres de los Padres / Guardianes: _____
Dirección: _____
Ciudad / Estado / Código Postal: _____
Número de teléfono: (Padre) _____ (Madre) _____
Número trabajo: (Padre) _____ (Madre) _____
Número móvil: (Padre) _____ (Madre) _____
Teléfono del Participante: _____ Parroquia / Escuela: _____
Correo Electrónico del Padre de Familia _____
Correo Electrónico del Participante _____

Parroquia / Grupo, Ciudad _____ **Año** _____

Para algunas actividades, el transporte estará a cargo de los adultos que son chaperones (en concordancia con los reglamentos diocesanos).

CÓDIGO DE CONDUCTA JUVENIL:

Estoy de acuerdo en mantener y ser verdadero ejemplo de valores Católicos positivos, y entiendo que mi participación en este programa requiere seguir las normas y reglamentos con respecto a mi conducta. Específicamente, estoy de acuerdo que durante mi participación en este programa:

- Participaré completamente en todas las actividades
- Seguiré las instrucciones de los líderes adultos;
- Trataré con respeto a todos los líderes adultos y otros participantes;
- Me quedaré con mi grupo asignado, y participaré en la actividad aprobada;
- Voy a vestirse apropiadamente en todo momento;
- No voy a usar, llevar, o estar bajo la influencia de drogas ilegales o alcohol;
- No fumaré ni usaré productos de tabaco;
- No participaré en conducta sexual inapropiada;
- No tendré en mi posesión o usaré armas de fuego, cuchillos o armas de ningún otro tipo;
- No participaré en actos de violencia, robo, deshonestidad, juegos de azar, o profanos, y
- Respetaré la propiedad física de la instalación y de los demás, y me comprometeré a no involucrarse en actos de vandalismo.

Estoy de acuerdo en seguir estas normas y la supervisión de adultos líderes, y entiendo que las violaciones a estas reglas serán tratadas de una forma inmediata y adecuada. Si es el caso que sea despedido de participar en el programa, entiendo que mis padres serán contactados para organizar el transporte inmediato a mi casa.

Firma del Participante

Fecha de la Juventud

Firma del padre (que reconoce el compromiso): _____

INFORMACION MÉDICA E INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

En el caso de una emergencia, Yo, el padre de familia/guardián del niño nombrado en esta forma, doy permiso a la Diócesis de Sacramento, las parroquias y las escuelas dentro de la diócesis, y a sus empleados, agentes, representantes, y adultos voluntarios, de organizar y autorizar tratamiento de emergencia ya sea médico, odontológico, o quirúrgico para mi hijo(a), como sea considerado necesario por el médico tratante. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o el médico.

Médico familiar: _____ Teléfono: _____

Dentista familiar: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguro Médico: _____

Número de Póliza: _____

En el caso de una emergencia, si no me pueden contactar en los números mencionados en la parte anterior, pueden contactarme a:

Nombre: _____

Relación: _____

Teléfono: _____ Número de Teléfono alternativo: _____

Firma del Padre / Guardián

Fecha

MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS DE SALUD NO GRAVES

Mi hijo(a) esta tomando actualmente el siguiente medicamento(s) el cual el/ella traerá consigo a esta actividad, en su contenedor original con etiquetas de identificación adecuadas, e incluye las instrucciones para dosis y frecuencia de uso. Yo, doy permiso a un adulto líder para administrar lo(s) siguiente(s) medicamento(s):

Firma del Padre / Guardián

Fecha

CONDICIONES E INFORMACION ESPECIFICA DE TIPO MEDICA

Favor de mencionar cualquier condición especial de tipo médica u otra condición que la Diócesis deba considerar en conexión con su hijo(a) y su participación en esta actividad:

ACUERDO DE LOS PADRES / CONSENTIMIENTO

Yo / nosotros, padre o tutor del niño nombrado en este formulario doy permiso para que mi / nuestro hijo / participe en la actividad que se menciona en esta forma, y como complemento al consentimiento de las disposiciones de Salud / Información Médica que hemos acordado anteriormente:

- **Dirigir al adolescente a cooperar:** Yo / nosotros estamos de acuerdo en que se dirija a mi/nuestro hijo/a a cooperar y cumplir con todas las directivas e instrucciones de la parroquia / escuela / personal diocesano o líderes adultos voluntarios.
- **Permiso de transportación (si procede):** Yo / nosotros doy permiso para que mi / nuestro hijo/a sea transportado a los programas especificados, eventos y actividades en los vehículos conducidos por líderes adultos seleccionados por la parroquia / escuela / coordinador diocesano, en concordancia con las directrices diocesanas.
- **Responsabilidad de Gastos Médicos:** Yo/estoy/estamos de acuerdo en que seré responsable de todos los gastos médicos relacionados con las lesiones de mi / nuestro hijo como consecuencia de su participación en esta actividad, sean o no causados por la negligencia de la parroquia, la escuela, empleados diocesanos o agentes, voluntarios u otros participantes.
- **Reconocimiento de Riesgos:** Yo / nosotros entendemos que en el curso de la participación en esta actividad, mi / nuestro hijo puede participar en actividades que conlleven el riesgo de lastimar el cuerpo, la psique, o la propiedad de ellos mismos y otros. Estas lesiones pueden ser causadas por otras personas, puede ser accidentales o auto-infligidas, o pueden ser causadas por materiales defectuosos de las instalaciones, por condiciones existentes en las instalaciones de esparcimiento, accidentes vehiculares durante el transporte a una actividad, o a través de la misma actividad.

En consecuencia, en consideración por habernos permitido participar en las actividades especificadas, por usar el equipo proporcionado, y por entrar a las instalaciones de la Diócesis de Sacramento, para cualquier propósito incluyendo la observación y participación en actividades, el padre o tutor, para él o para ella y cualquier otro sucesor de interés, y en nombre del menor de edad, estoy/estamos de acuerdo a lo que sigue:

1. Relevar de toda culpa y prometer no demandar al Obispo Católico Romano de Sacramento, una corporación única, y sus entidades afiliadas, empleados, agentes y voluntarios (la "Diócesis") de toda responsabilidad por cualquier pérdida o daño, y cualquier reclamación o demanda, por lo tanto, en razón de las lesiones al cuerpo, daño a la psique, o daños a la propiedad del menor, o al padre o tutor, ya sea causado por negligencia u otra conducta de la Diócesis, mientras que el menor de edad, padre, o tutor están participando en las actividades especificadas en, dentro de, o alrededor de los locales de la diócesis o de cualquiera de sus instalaciones o equipos.
2. Indemnizar y eximir a la Diócesis de cualquier pérdida, responsabilidad, o daño a los costos que puedan incurrir debido a los actos del menor de edad, padre o tutor, a, o sobre las instalaciones de la Diócesis, sus instalaciones o equipos, o durante su participación en cualquier parroquia, escuela o actividades diocesanas, ya sean causadas por negligencia o de otro tipo.
3. Que él o ella ha/han leído esta Forma de Consentimiento y el Acuerdo y voluntariamente lo ha/han firmado, y que no ha/hemos dado declaraciones, o incentivos, aparte de los contenidos de esta forma.

Yo he /Nosotros hemos leído este acuerdo, lo entiendo/entendemos y estoy/estamos de acuerdo con todo lo anunciado anteriormente.

Firma del Padre / Guardián

Fecha

Firma del Padre / Guardián

Fecha