

# Totus Tuus

## Formas de Registración & Consentimiento para los Padres/Guardián y Desistimiento de Responsabilidad

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_  
PRIMER NOMBRE SEGUNDO APELLIDOS

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MES DIA AÑO SEXO

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL  
Grado escolar en 2019-2020: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre ó guardián: \_\_\_\_\_

No. de Teléfonos: Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Autorización de Fotos:** Fotos de mi hijo(a) tomadas durante el evento, pueden utilizarse en los medios de comunicación publicada ó electrónica por razones de la publicidad para eventos futuros, a menos que el Director Diocesano de Ministerio de Jóvenes, indique lo contrario y por escrito.

Yo, \_\_\_\_\_ otorgo permiso para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_ [nombre de participante/su hijo(a)] tome parte en este acontecimiento patrocinado por la parroquia/escuela la cual requiere transporte a una ubicación lejos del sitio parroquial (si aplica). Esta actividad sucederá bajo la guía y dirección de los empleados de la parroquia/escuela y/o voluntarios de \_\_\_\_\_ (nombre de escuela/parroquia).

Como padre y/o guardián legal, sigo siendo legalmente responsable por cualquier acción personal tomadas por el menor nombrado anteriormente ("participante").

Por mi parte, yo estoy de acuerdo, mi hijo(a) nombrado en el presente documento, o nuestros herederos, sucesores y cesionarios, mantener indemne y defender \_\_\_\_\_ (nombre de la parroquia/escuela), sus oficiales, directores, empleados y agentes y a la Diócesis de Sioux City, sus empleados, agentes y sus acompañantes, ó el representante asociado al evento, de cualquier reclamo que surja de ó en conexión con mi hijo(a) que asiste al evento o en conexión con cualquier enfermedad o lesión (incluyendo muerte) ó el costo de tratamiento médico en relación con la misma, y estoy de acuerdo en compensar a la parroquia, sus oficiales, directores y agentes, y la Diócesis de Sioux City, sus empleados y agentes y sus acompañantes, ó el representante asociado del evento de los honorarios razonables de abogados y gastos que pueda incurrir en cualquier acción en su contra como resultado de lesión o daño, excepto cuando la denuncia es a consecuencia de una negligencia por parte de la parroquia / escuela / diócesis.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**CUESTIONES MÉDICAS:** Yo, por la presente, garantizo, en lo mejor de mi conocimiento, que mi hijo(a) está en buen estado de salud, y asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo(a). (En las instrucciones siguientes relativas a cuestiones médicas, sólo firme aquellos que son aplicables.)

**Tratamiento Médico de Emergencia:** En caso de una emergencia, por medio de la presente, doy autorización para que mi hijo(a) sea transportado a un hospital para pueda recibir tratamiento de emergencia médico o quirúrgico. Deseo se me avise antes de cualquier tratamiento en el hospital o con un médico. En el caso de una emergencia, si no puede comunicarse conmigo a los números telefónicos escritos en la sección anterior, puede contactar a los siguientes:

**Contacto # 1/Nombre y Relación** \_\_\_\_\_

No. de Teléfonos: Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Contacto # 2/Nombre y Relación** \_\_\_\_\_

No. de Teléfonos: Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Plan de Seguro Medico: \_\_\_\_\_ No. de Póliza: # \_\_\_\_\_

**Otros Tratamiento Médico:** En caso de que algo se presente a la parroquia, sus oficiales, directores, agentes y la Diócesis de Sioux City, chaperones o representantes asociados con la actividad que mi hijo(a) se comience a enfermar con síntomas tales como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, Yo deseo que se me comunique por llamada de colección (con gastos de teléfono cargados a mí mismo).

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Medicamentos:** Actualmente mi hijo(a) está tomando medicamentos. Mi hijo(a) llevara consigo mismo todos estos medicamentos necesarios, y dichos medicamentos serán identificados con etiquetas. Los nombres de medicamentos y las instrucciones concisas para que el niño(a) tome dichos medicamentos, incluyendo la dosis y la frecuencia de dosificación, son los siguiente \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Ninguna clase de medicación ya sea recetados o sin receta, pueden ser administradas a mi hijo(a) a menos que la situación es potencialmente mortal y se requiere tratamiento de emergencia.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* Ó \*\*\*\*\*

Concedo permiso para que mi hijo(a) pueda tomar medicamentos de venta sin receta (como productos sin-aspirina, es decir, Acetaminofén (paracetamol) o Ibuprofeno, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) siempre y cuando se considere necesario.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**Información Médica Específica:** La parroquia/escuela tomará precauciones razonables para que la siguiente información se mantenga en confidencia.

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene su hijo(a) una dieta recetada/recomendada por un medico? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hay alguna limitación física? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ha sido su hijo(a) expuesto recientemente a una enfermedad contagiosa o condiciones tales como las paperas, sarampión, la varicela, etc.? Si su respuesta es sí, por favor informe la fecha y la enfermedad o la condición: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Usted debe ser consciente de estas condiciones médicas especiales de mi hijo(a), (por favor especifiqué): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_