CON TODO TU CORAZÓN

Convención Juvenil Diocesana 2018

Domingo 4 de Noviembre, 2018 en St. Michael, Canton

Forma de Registro/Permiso Médico

With Pride in the past and Faith in the future
Celebrating 75 Years
Catholic Diocese of Youngstown

(Por favor imprima o use letra de molde en toda la información, excepto firmas, y complete ambos lados de esta forma.)

Primer Nombre: _____ Inicial de Segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ (Solo será usado para asuntos de la diócesis, no se le dará mal uso)

Fecha de nacimiento: _____ Grado en el año 2018-19: 9 10 11 12

Circule TODO lo que aplique: Hombre Mujer Vegetariano Sin gluten Acceso para Silla de Ruedas
Discapacidad Auditiva/Necesita Interpretación Ciego/Discapacidad Visual Discapacidad de Movimiento

Nota: Las áreas utilizadas no son accesibles para discapacitados. Contacte la Oficina del Ministerio de Jóvenes si necesita arreglos especiales.

Parroquia/Escuela (grupo con el que está registrado): _____

Nombre la Madre/Guardián: _____ Padre/Guardián: _____

Números telefónicos de emergencia (por favor identifique si es de trabajo, celular, etc.)_____

I. Acuerdo con el Joven - PARA SER FIRMADO POR EL ADOLESCENTE PARTICIPANTE

Entiendo que mi participación en este programa requiere que cumpla con el Código de Conducta. Estoy de acuerdo en cumplir todas las reglas y regulaciones especificadas. Cualquier infracción de las reglas o regulaciones, incluyendo pero no limitando, la posesión de alcohol, drogas, o armas pueden causar mi salida del programa. Si fuera despedido, entiendo que mis padres serán contactados para arreglar mi transportación inmediata a casa.

Firma del Joven: _____ **Fecha:** _____

II. Acuerdo de los Padres - PARA SER FIRMADO POR EL PADRE/GUARDIAN

Yo, el padre/madre/guardián de_____ que tiene menos de diecinueve años de edad, otorgo permiso para que mi hija/hijo participe en la Convención Juvenil Diocesana 2018 el domingo 4 de noviembre, 2018 en la Parroquia St. Michael, Canton, Ohio con (parroquia/escuela) _____.
Al permitir a mi hijo participar en dicho programa, asumo el riesgo de accidente o daño que surja directa o indirectamente, cualquier incidente de cualquier clase que ocurra durante el curso de dicho programa a mi hijo y por la presente disculpo al Obispo de la Diócesis de Youngstown, y los agentes, asociados, y empleados del Obispo y la parroquia/escuela que han organizado o participado en la supervisión de dicho programa de todos los reclamos, demandas, causas o acciones, derechos, costos, gastos, y cualquier compensación o lo que pueda ocurrir a mi familia y sus miembros durante o como resultado de participar en el programa mencionado.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Estoy consciente de los detalles de dicho programa incluyendo el horario, costo, y adultos acompañando el programa y he aclarado cualquier preocupación que pudiera tener con el adulto coordinador a cargo. Estoy de acuerdo en que mi hijo/hija debe obedecer todas las reglas y regulaciones del programa incluyendo regulaciones referentes a bebidas alcohólicas, drogas, y armas. Estoy de acuerdo que si mi hijo/hija falla en obedecer las regulaciones establecidas, él/ella será despedido del programa y yo tendré que arreglar su transportación inmediata a casa a costo mío.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Entiendo que cualquier fotografía, grabación o video tomados en este evento pueden ser usados en publicaciones diocesanas.

☐ Puede usar el nombre de mi hijo en dichas publicaciones. ☐ NO puede usar el nombre de mi hijo en dichas publicaciones.

Firma: _____ **Fecha:** _____

(Continúa en el reverso)

III. Información Médica

(Por favor lea cuidadosamente luego marque y firme solo aquellas con las que concuerda.)

Seleccione esto:

☐ En caso de emergencia, otorgo permiso para transportar a mi hijo/hija y obtener tratamiento médico o cirugía de un médico con licencia, hospital, o clínica médica. Autorizo al personal médico liberar la información necesaria sobre su cuidado al líder del grupo de la parroquia o escuela nombrado aquí._____

Deseo que se me avise antes de cualquier tratamiento por el hospital o doctor. En caso de no ser localizado, por favor contacte a _____ al _____ (Relación con el adolescente_____).

Nombre del Doctor Familiar_____, Teléfono_____

(Por favor marque uno de los siguientes)

☐ Mi hijo/hija está cubierto por seguro médico bajo la póliza #_____ otorgado por _____

☐ Mi hijo/hija no tiene cobertura de seguro médico y yo asumo la responsabilidad del costo de hospitalización y cuidado médico por mi hijo/hija.

Firma: _____ **Fecha:** _____

O seleccione esto:

☐ Por la presente garantizo que mi hijo/hija tiene buena salud. **No quiero que ningún tratamiento médico se le dé a mi hijo bajo ninguna circunstancia.** Por la presente asumo toda responsabilidad por la salud y bienestar de mi hijo/hija y libero de responsabilidad al Obispo de la Diócesis de Youngstown, y a _____ parroquia/escuela, y los agentes, asociados, y empleados del Obispo y la parroquia que organizaron o participaron en la supervisión de dicho programa.

Firma: _____ **Fecha:** _____

☐ Mi hijo/hija está tomando medicamentos. Él/ella traerá dichos medicamentos y estarán debidamente etiquetados. El nombre de, y las indicaciones concisas para tomar dichos medicamentos, incluyendo la dosis y la frecuencia de las dosis son como sigue:_____

_____

Firma: _____ **Fecha:** _____

_____

☐ Ningún medicamento de ningún tipo ya sea recetado o no recetado puede ser administrado a mi hijo a menos que su vida corra peligro y se requiera tratamiento médico.

Firma: _____ **Fecha:** _____

O

☐ Por la presente otorgo permiso para que medicamento no recetado (tal como acetaminofén, descongestionantes, jarabes para la tos) sean dados a mi hijo/hija, si lo requiere mi hijo/hija y se juzgue aconsejable por un chaperón adulto/profesional médico en el sitio.

Firma: _____ **Fecha:** _____

☐ Deseo informar de la siguiente información médica adicional y el curso de acción recomendado (alergias, restricciones dietéticas, condiciones especiales, etc.)_____

_____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Con respecto a circunstancias especiales, ☐ Me gustaría que un miembro del personal del programa diocesano hable conmigo más respecto a una situación médica concerniente. Por favor contácteme al _____.

Regrese la forma complete a: _____ *antes de:* _____