

Arquidiócesis de Atlanta
(Oficina De Vocaciones)

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PATERNO Y PERMISO MÉDICO PARA EMERGENCIAS

(Quo Vadis Retreat)
(July 17 - 19 - Camp Gideon, Acworth, GA)

Yo/Nosotros, madre/padre(s)/tutor(es) de _____ por la presente otorgo mi permiso y aprobación para la participación de mi hijo/cargo en el retiro de Quo Vadis del 19 de julio con la Oficina de Vocaciones de la Arquidiócesis de Atlanta

Yo/nosotros, en mi nombre, el de mis herederos, testamentarios y albaceas, renuncio, descargo, absuelvo, indemnizo y acuerdo no hacer responsable a ninguno ni a todos los adultos que acompañen a los adolescentes en este evento, a otros participantes de Quo Vadis Retreat and Office of Vocations, Archdiocese of Atlanta, His Camp Inc., Camp Gideon y a ninguno de los representantes de los antes mencionados, sus sucesores, supervisores, patrocinadores u organizadores, por cualquier daño o lesión en conexión con el paseo/evento antes mencionado, siempre que tales daños o lesiones no hayan sido causados por negligencia. Por la presente, doy/damos permiso para la publicación de fotografías de grupo (dos personas o más) tomadas en eventos para adolescentes.

Asimismo, otorgo/otorgamos permiso para obtener cualquier tipo de atención de emergencia si mi/nuestro hijo sufre un accidente o algún tipo de lesión durante el evento antes mencionado. Entiendo/entendemos que en tal caso, se tratará por todos los medios de contactar a padre/madre/tutor. En el caso de que no me/nos encuentren, por la presente otorgo/otorgamos el permiso al médico a cargo a internarlo, buscar tratamiento y ordenar que se le inyecte, anestesia o practique cirugía a mi/nuestro hijo, aquí nombrado.

También estoy/estamos de acuerdo en que soy/somos responsable(s) de toda acción que realice mi/nuestro hijo/cargo durante este evento, y que soy/somos responsables de todos y cada uno de los daños, honorarios de abogados y otros costos incurridos como consecuencia de las acciones/comportamiento de mi/nuestro hijo/cargo.

Más aún, estoy/estamos de acuerdo en que si el comportamiento del alumno antes mencionado es inapropiado, peligroso o prejuicioso para el grupo, me/nos contactarán inmediatamente para buscar la manera de retirar a mi/nuestro hijo/cargo del lugar del evento. Entiendo/entendemos que todo costo financiero que se incurra como resultado de llevar a la casa a mi/nuestro hijo/cargo es de mi/nuestra responsabilidad.

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Nombre /en letra de molde): _____ **Parentesco:** _____

Parroquia: _____ **Nombre del Ministro para Adolescentes:** _____

Al firmar este formulario, certifico que toda información contenida en el mismo es verdadera a mi mejor saber y entender.

Firma del participante: _____ **Fecha:** _____

Al firmar en la línea que antecede, me comprometo a cumplir cada una y todas las normas y reglamentos establecidos para este evento/actividad. Sé que mi conducta tendrá consecuencias si no cumplo las normas y expectativas de los adultos y de mis compañeros, entre ellas, que se me saque de la actividad y se me envía a la casa a expensas de mis padres.

Las normas/expectativas incluyen, pero no se limitan, a lo siguiente: Respeto a todos los líderes adultos, los compañeros y la propiedad; NO poseer o usar drogas ilegales o bebidas alcohólicas, fumar, usar armas de fuego, explosivos u otras sustancias ilegales; muchachas y muchachos tienen que permanecer en dormitorios separados siempre; no puede haber contacto físico inapropiado o actividad sexual; vestir apropiadamente en todo momento. Los acompañantes adultos presentes en el evento pueden fijar otras normas que consideren necesarias.

Para que el estudiante pueda participar en el evento, se TIENEN que rellenar en su totalidad ambos lados de este formulario.

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

_____ No. de teléfono de la casa: _____

No. de seguro social del participante: _____ (requisito para el tratamiento en la mayoría de los hospitales.)

Nombre completo del padre/tutor: _____ No. de teléfono: _____

Dirección domiciliar: _____

Dirección del trabajo: _____ No. de teléfono: _____

Nombre completo de la madre/tutora: _____ No. de teléfono: _____

Dirección domiciliar: _____

Dirección del trabajo: _____ No. de teléfono: _____

Pariente o amigo a contactar en caso de que no se pueda encontrar al padre/madre/tutor en una emergencia:

Nombre y parentesco: _____

No. de teléfono: _____

Agencia de seguro: _____

Número de la póliza de seguro: _____

Cuál de los padres o empleador provee el seguro: _____

Dirección y teléfono de la compañía aseguradora: _____

Consideraciones especiales que tener en cuenta (por ej.: alergias, afecciones, etc. _____

Medicina (y dosis) que mi hija/hijo toma actualmente: _____

(YA SEA LA RECETA MÉDICA O UNA NOTA DE LOS PADRES DEBE ACOMPAÑAR TODA MEDICINA RECETADA. LA NOTA DEBE ADJUNTARSE A ESTE FORMULARIO.)

****Sírbase fotocopiar la tarjeta de seguro médico que se ha de usar y adjuntar la copia a este formulario.****