



## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL GRUPO DE MINISTERIO DE JOVENES

Estimado Padre de Familia/Guardián:

Su hijo(a) es elegible para participar en el Grupo de Ministerio de Jóvenes patrocinado por la parroquia para el año escolar 2015-2016 (incluyendo el siguiente verano). El grupo se reunirá bajo la guía y supervisión del equipo de la Parroquia \_\_\_\_\_ (la "Parroquia") y de acuerdo a las reglas de la Oficina de Jóvenes y de Jóvenes-Adultos de la Diócesis de Salt Lake City (la "Diócesis"). Por favor, revise, complete, firme y entregue este Consentimiento, Exoneración de Daños y Declaración de Asuntos Médicos a su Ministro/Líder de Jóvenes.

### DECLARACION

#### INFORMACION DEL JOVEN:

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Grado escolar por '15-'16: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
 Email/Media Social (ver abajo): \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DE LOS PADRES:

Nombre del Padre 1: \_\_\_\_\_ Relación al Joven: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre 2: \_\_\_\_\_ Relación al Joven: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Medios de Comunicación Social: \_\_\_\_\_  
 (Ver abajo-para mandar información de este evento y para otros eventos diocesanos)

#### CONTACTOS DE EMERGENCIA:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación al Joven: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Doctor del Joven: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dentista del Joven: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DE LA ASEGURANZA MÉDICA:

Médico: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO:** Por este medio doy consentimiento para que mi hijo participe en el Grupo de Ministerio de Jóvenes. Por este medio doy mi aprobación expresa y absoluta para que la voz/expresiones verbales de mi hijo(a), declaraciones escritas, fotos y/o video aparezcan en los medios de publicidad diocesanos, publicaciones y/o actividades de relaciones públicas. El uso de la voz/expresiones verbales de mi hijo(a), declaraciones escritas, fotos y/o video puede ser usado de acuerdo a la discreción única de la Diócesis y es considerado propiedad perpetua de la Diócesis. No habrá ninguna clase de pago monetario (O DE OTRA CLASE).

**EXONERACION DE DAÑOS:** Por este medio exonero y mantengo libre de perjuicios a la Diócesis de Salt Lake City ("Diócesis"), a la Parroquia, y a sus empleados, agentes, representantes y voluntarios de cualquiera y todos los daños y reclamos que surjan de cualquier enfermedad, lesión a mi hijo(a) y por la pérdida de cualquier pertenencia que surja durante dicha participación de mi hijo(a).

**COMUNICACIONES:** Los líderes del programa pueden utilizar las siguientes formas de contacto con mi hijo: [Marque sólo una casilla por cada fila de los medios de comunicación. \*Nota: si se selecciona la columna central, por favor escriba su información de contacto mencionados arriba.]

Mensajes de texto:	<input type="checkbox"/> Al niño directamente	<input type="checkbox"/> *Al niño y al padre*	<input type="checkbox"/> No contacte al niño de esta manera
Email:	<input type="checkbox"/> Al niño directamente	<input type="checkbox"/> * Al niño y al padre*	<input type="checkbox"/> No contacte al niño de esta manera
Medios Sociales:	<input type="checkbox"/> Al niño directamente	<input type="checkbox"/> * Al niño y al padre*	<input type="checkbox"/> No contacte al niño de esta manera

(Tales como Facebook and Twitter)

## INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL

**ASUNTOS MEDICOS:** Por este medio garantizo a lo mejor de mi conocimiento, que mi hijo(a) se encuentra de buena salud, y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo(a). Más detalles están enumerados abajo.

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

Fecha de última inmunización de tétano/difteria: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna dieta prescrita por el médico?  No  Sí

¿Tiene alguna limitación física?  No  Sí

¿Está su hijo(a) propenso a extrañar su casa de manera repetida, a tener reacciones emocionales en situaciones nuevas, a caminar dormido, a orinar en la cama, a desmayarse?  No  Sí

¿Ha estado el (la) niño(a) expuesto(a) recientemente a enfermedades o condiciones contagiosas, tales como, paperas, sarampión, viruela, gripe N1H1?  No  Sí

Si marca "Sí", la Parroquia debe ser notificada de ésta o cualquiera otra condición médica de mi hijo(a), por favor explique en detalle \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** En el caso de una emergencia, por este medio doy permiso a que transporten a mi hijo(a) a un hospital por emergencia médica o tratamiento quirúrgico. Me gustaría ser notificado antes de cualquier otro tratamiento de parte del doctor o del hospital. Inicial: \_\_\_\_\_

**OTRO TRATAMIENTO MÉDICO:** En el caso que se le indique a la Parroquia/Diócesis, a sus oficiales, directores y agentes, chaperones o representantes asociados con la actividad de que mi hijo(a) está enfermo(a) con síntomas tales como dolor de cabeza, vómito, fiebre, diarrea, o dolor de garganta, entiendo que me avisaran para aconsejarme de las acciones y de los pasos apropiados que tomar. Inicial: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:** Mi hijo(a) está bajo medicamentos actualmente. Mi hijo traerá todos estos medicamentos necesarios, y dichos medicamentos estarán marcados apropiadamente. Los nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para asegurar que mi hijo(a) tome dichos medicamentos, incluyendo la dosis y la frecuencia de la dosis, a continuación:

(Si su niño no toma ninguna medicina de prescripción o sin-prescripción, escriban por favor N/A)

## CODIGO DE CONDUCTA

En la firma abajo, ustedes están de acuerdo el siguiente. La juventud que no pueden vivir hasta estas expectativas se puede excluir de actividades; o a la hora de ofensa preguntarán los padres recuperan a su niño en su propio costo.

- ✓ No poseer o usar alcohol, drogas, tabaco, e otro material ilegal/censurable.
- ✓ No se permite conducta rebelde, ruido excesivo, fuegos artificiales, encendedores, explosivos, o armas de cualquier otra clase.
- ✓ Vístanse apropiadamente y modestamente para las actividades/los eventos. Se prohíbe la ropa de mal gusto y que revela.
- ✓ Los menores de 18 años no deben de manejar al lugar del evento externo ni tampoco deben de manejar durante los eventos.
- ✓ Respeten la propiedad de otros y la de los servicios. Si rompe o daña algo, usted lo paga.
- ✓ Los jóvenes deben de permanecer con sus chaperones/líderes adultos y se espera que participen durante todo el evento/la actividad. Los jóvenes no pueden dejar el lugar de la conferencia/de la actividad sin un líder adulto.
- ✓ Reporte accidentes, incidentes, lesiones, o enfermedades a un líder adulto inmediatamente.
- ✓ Respeten las reglas de los líderes, del evento, y de los servicios; por ejemplo horas de silencio, toque de queda, y el uso de celulares.
- ✓ Su comportamiento debe reflejar un crédito a ustedes, a sus padres, y a la Diócesis Católica de Salt Lake City.

Firma del joven: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*La información proporcionada en este formulario es correcta en lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que al firmar este documento, autorizo la verificación de esta información por medio de la comunicación con cualquier persona u organización que aquí se nombre. Exonero de daños a cualquier persona u organización que proporcione dicha información como también a la Diócesis y a la Parroquia. Además, en el caso de cualquier cambio con la información arriba mencionada, debo proveerla por escrito a la Parroquia y a la Diócesis.*

Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_