

DIÓCESIS DE COLUMBUS
REGISTRACIÓN/PERMISO/DESCARGO/INDEMNIZACIÓN

Nombre de Parroquia _____ Ciudad de Parroquia _____
Por favor escriba claramente; devuelva el formulario con pago apropiado a su líder adulto. Devolveremos cualquier formulario incompleto.

I. Registración

- A. Nombre del Participante** _____
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono (____) _____ Móvil del Participante (opcional) (____) _____
Correo electrónico _____
Parroquia _____ Colegio _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ Masculino Femenino Grado _____
Nombre de Líder Adulto _____
- B. Nombre de Actividad** _____
Sitio _____
Fecha de actividad _____
Modo de transportación si no es su propio transporte: _____

II. PERMISO

El signatario abajo declara que (él/ella/ellos) (es/son los) (Padre/Madre/Padres/Curador) del Participante nombrado arriba y tiene plena responsabilidad legal por el Participante. El signatario abajo otorga permiso para que el Participante participe en la Actividad nombrada en la Sección I.B arriba.

III. DESCARGO E INDEMNIZACIÓN

- A. Descargo de Responsabilidad.** El signatario abajo en representación del signatario abajo, el Participante, y todos los herederos, sucesores y apoderados del signatario abajo y el Participante, debidamente libera, mantendrá indemne de cualquier responsabilidad y descarga de todas directas o derivadas demandas, acciones, litigios, gastos médicos, costos, gastos legales, otros gastos y todos otros daños y perjuicios, bajo ley o equidad, conocidos o desconocidos, directos o indirectos, consumado o incipientes, contra el Diócesis de Columbus, la Parroquia y todos los actuales y anteriores empleados, agentes, miembros del clero, oficiales y voluntarios del Diócesis o de la Parroquia, que surjan de la participación del Participante en la actividad mencionada en la Sección IB, arriba.
- B. Indemnización.** El signatario abajo indemnizará y sacará en paz y a salvo el Diócesis de Columbus, la Parroquia, y todos los actuales y anteriores empleados, agentes, miembros del clero, oficiales y voluntarios del Diócesis o de la Parroquia de cualquier demanda, responsabilidad, litigio, fallo, pérdida, perjuicio, costos, tarifa o gastos (incluyendo gastos de cortes y honorarios de abogados) surgiendo directamente o indirectamente de la participación del Participante en la Actividad mencionada en la Sección 1.B., arriba, excluyendo esos surgiendo de la negligencia de una parte indemnizada.

IV. ESPECIFICA INFORMACIÓN MÉDICA Y SOBRE MEDICAMENTOS

- A. Información Médica Específica.** La Parroquia tomara diligencia razonable para que la siguiente información se mantenga bajo confianza.
Condiciones crónicas (por ejemplo: epilepsia, diabética) _____
Reacciones alérgica (por ejemplo, comida, medicamentos, las plantas, etc.) _____
Restricciones alimenticias _____
Vacunaciones: fecha de la última vacunación contra tétanos y difteria: _____
Alguna limitaciones física _____
A sido expuesto recientemente el Participante a alguna enfermedad o condición contagiosa como paperas, sarampión, varicela, etc.? Si es así, liste la fecha y la enfermedad o condición: _____
Se debe tener conocimiento de estas condiciones médicas especiales del Participante: _____

- B. Actuales medicamentos:** Presentemente el Participante está tomando medicación. El Participante traerá todos los medicamentos necesarios y los medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos con direcciones concisas para tomar los medicamentos incluyendo la dosis y frecuencia de la dosis son como sigue: _____

C. Medicamentos sin receta/prescripción;

Por favor marque UNO de lo siguiente:

[] Ningún medicamento de cualquier tipo, ya sea de prescripción o de no prescripción, se puede administrar al Participante a menos que la situación es de peligro mortal y requiere tratamiento de emergencia.

[] Medicamentos que no necesitan prescripción se le pueden administrar al Participante si se consideran apropiados.

V: CONTACTO DE EMERGENCIA MÉDICA Y TRATAMIENTO

A. Información de Contacto de Emergencia

Padre o Curador _____

Dirección _____

Teléfono(s) _____

Seguro Médico _____ Número de Póliza _____

Nombre de Miembro _____ Teléfono (____) _____

Doctor de Familia _____ Teléfono (____) _____

B. Tratamiento Medico de Emergencia

En caso de emergencia, el signatario abajo debidamente da permiso para transportar el Participante a un hospital para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. El signatario desea ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o el médico. En caso de una emergencia, si el signatario no puede ser alcanzado en los números anteriormente listados, comuníquese con:

Nombre y Relación: _____ Teléfono (____) _____

VI: PERMISO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (Déjelo en blanco si no se sede el Consentimiento)

El signatario abajo debidamente otorga permiso para la divulgación de fotografías y el nombre del Participante para el uso del Diócesis de Columbus y _____ (nombre de parroquia) para programas de promoción del Diócesis y la parroquia. Si usted tiene algunas preguntas o preocupación, por favor haga contacto con _____ (punto de contacto de la parroquia) al _____ (número de teléfono).

_____ Por favor ponga sus iniciales aquí si no quiere dar su permiso para la publicación de su información personal o fotografías/videos.

VII: CÓDIGO DE CONDUCTA

El Participante deberá cumplir con lo siguiente:

1. El Participante debe quedarse y participar en todo el evento. El Participante no podrá salir de las instalaciones sin estar acompañado por un líder adulto, padre o curador legal.
2. No se permite la posesión o uso de alcohol, tabaco, drogas o armas de cualquier tipo.
3. Lenguaje grosero no se tolera.
4. El Participante deberá cumplir con cada y todas las direcciones del personal trabajando para la Actividad.
5. El Participante debe respetar los derechos y la propiedad de los demás. Pagos por daño o desfiguración de propiedad será la responsabilidad financiera del Participante involucrado y el Signatario.
6. Incumplimiento con este Código de Conducta puede resultar en una solicitud al Signatario abajo para que transporte de la localidad al Participante en violación y el Signatario debe cumplir con la solicitud inmediatamente.

VIII: FIRMAS

EL SIGNATARIO HA LEÍDO, ENTIENDE, CONVIENE Y ACEPTA TODAS LAS DISPOSICIONES DE ESTE ACUERDO

Firma del Participante _____ Fecha _____

Firma de un Padre _____ Fecha _____

Firma de un Padre _____ Fecha _____

Firma de Curador Legal _____ Fecha _____