

Santa Rosa de Lima Formulario de Consentimiento de los Padres Para el Retiro de Confirmación de Sacramentos Atrasados de Edad Secundaria

*Nombre del Participante: _____

*Fecha de Nacimiento: _____ *Genero: _____

*Nombre del Padre/Tutor:

*Dirección de Domicilio:

*Teléfono del Padre: _____ *Teléfono Alternativo:

Yo, doy permiso para que mi hijo/-a,

*

(Nombre del Confirmando)

participe en el Retiro de Confirmación de Sacramentos Atrasados de la Escuela Secundaria de 2022. Entiendo que esta es una actividad requerida para preparación para el Sacramento de la Confirmación. El Retiro se llevará a cabo bajo la guía y dirección de empleados parroquiales y/o voluntarios de la **Parroquia de Sta. Rosa de Lima**.

A continuación, una breve descripción del evento:

Tipo de evento: **Retiro de Confirmación de Sacramentos Atrasados de la Escuela Secundaria**

Fecha del evento: **sábado, 29 de enero de 2022**

Lugar del evento: **Escuela y Parroquia Sta. Rosa de Lima (para el registro y luego para la Misa al final del retiro) y el Centro Carmelo en Liberty, TN para la parte principal del retiro)**

Modo de transporte hacia y desde el evento: **autobús escolar proporcionado por la parroquia**

Como padre y/o tutor legal, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción personal realizada por el menor mencionado anteriormente ("participante").

Acepto en nombre mío, de mi hijo/-a nombrado en este documento, o de nuestros herederos, sucesores y cesionarios, eximir de responsabilidad y defender a los funcionarios, directores, empleados de la Parroquia Sta. Rosa de Lima y agentes, y la Diócesis de Nashville, y la Arquidiócesis de Louisville, sus empleados y agentes, chaperones o representantes asociados con el evento, de cualquier reclamo que surja de o en relación con la asistencia de mi hijo/-a al evento o en relación con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con ello, y acepto compensar a la parroquia, sus funcionarios, directores y agentes, y la Diócesis de Nashville, la Arquidiócesis de Louisville, sus empleados y agentes y

chaperones, o representante asociado con el evento por los honorarios y gastos razonables de los abogados en los que pueda incurrir en cualquier acción presentada en su contra como resultado de dicha lesión o daño, a menos que tal reclamo surja de la negligencia de la parroquia/diócesis.

* Firma: _____ * Fecha: _____

ASUNTOS MÉDICOS: Por la presente garantizo que, según mi leal saber y entender, mi hijo/-a goza de buena salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo/-a.

(de las siguientes declaraciones relacionadas con asuntos médicos, firme solo aquellas que se apliquen)

Tratamiento médico de emergencia: En caso de una emergencia, doy permiso para transportar a mi hijo/-a a un hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser informado antes de cualquier otro tratamiento por parte del hospital o médico. En caso de una emergencia, si no puede comunicarse conmigo a los números anteriores, comuníquese con:

* Nombre & parentesco:

* Teléfono: _____ * Doctor de la familia _____

* Teléfono: _____ * Compañía de Seguro Médico:

* Número de Póliza: _____

* Firma: _____ * Fecha: _____

Otro tratamiento médico: En caso de que llegue a conocimiento de la parroquia, sus funcionarios, directores y agentes, y la Diócesis de Nashville/Arquidiócesis de Louisville, chaperones o representantes asociados con la actividad, que mi hijo/-a se enferma con síntomas tales como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llamen al número indicado arriba.

* Firma: _____ * Fecha: _____

Medicamentos: Mi hijo/-a está tomando medicamentos en este momento. Mi hijo traerá todos los medicamentos necesarios y dichos medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas para asegurarse de que el niño tome dichos medicamentos, incluida la dosis y la frecuencia de la dosis, son los siguientes:

* Firma: _____ * Fecha: _____

No se puede administrar ningún medicamento de ningún tipo, ya sea recetado o sin receta, a mi hijo/-a, a menos que la situación sea potencialmente mortal y se requiera tratamiento de emergencia.

* Firma: _____ * Fecha: _____

Por la presente doy permiso para que se administren a mi hijo/a medicamentos sin receta (es decir, productos sin aspirina, como acetaminofén o ibuprofeno, pastillas para la garganta, jarabe para la tos), si se considera apropiado.

* Firma: _____ * Fecha: _____

Información médica específica: La parroquia tomará las precauciones razonables para asegurarse de que la siguiente información se mantenga confidencial.

* Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.):

* Vacunas: Fecha de la última vacuna contra el tétanos/difteria:

* ¿Tiene su hijo/-a una dieta prescrita médicamente? (en caso afirmativo, describa en detalle)

* ¿Alguna limitación física? (en caso afirmativo, describa en detalle)

* ¿Su hijo/-a ha estado expuesto recientemente a enfermedades o condiciones contagiosas?

* Debe tener en cuenta estas condiciones médicas especiales de mi hijo/-a: