

**Forma de Permiso para Retiro de Primera Comunión**  
**Catequesis Santa Rosa de Lima**

\*Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

\*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ \*Sexo: \_\_\_\_\_

\*Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_

\*Número de teléfono del padre: \_\_\_\_\_

\*Número de teléfono alternativo del padre: \_\_\_\_\_

Yo, doy permiso a mi hijo \* \_\_\_\_\_  
(Nombre del Estudiante)

de participar en el retiro de catequesis de Primera Comunión 2021. Entiendo que esta es una actividad requerida para la preparación del sacramento de Primera Comunión. El retiro se dará a cabo bajo la guía y dirección de los empleados y voluntarios de la iglesia de **Santa Rosa de Lima**.

Breve descripción de los eventos:

Tipo de evento: **Retiro de Primera Comunión**

Fecha del evento: **Abril 17, 2021**

Hora del evento: **9:00am – 2:00pm**

Lugar del evento: **Escuela de Santa Rosa de Lima**

Transportación al evento: **Padres estarán a cargo de la transportación.**

Como padre o tutor, yo seguiré siendo responsable de cualquier acción personal hecha por el menor mencionado anteriormente ("Participante").

Yo acepto de parte mía , de mi hijo(a) mencionado anteriormente, de nuestros herederos, sucesores y asignados, tomar total responsabilidad y defender a oficiales, directores, diócesis de Nashville, arquidiócesis de Louisville, empleados y agentes, chaperones, o representantes asociados con este evento, de cualquier reclamación de o relacionado con mi hijo(a) que atenderá a este evento, o en relación a cualquier enfermedad o fractura física ( incluyendo muerte) o costo de cualquier tratamiento médico. Acepto compensar gastos de abogado de la iglesia, sus oficiales, directores, directores, diócesis de Nashville, arquidiócesis de Louisville, empleados y agentes, chaperones, o representantes asociados con este evento, los cuales puedan incurrir en cualquier acción hacia ellos como resultado de alguna fractura física o daño, al menos que la reclamación sea por negligencia de la iglesia o la diócesis

\*Firma: \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_

CUESTIONES MEDICAS: Yo, estoy consciente a mi conocimiento, que mi hijo(a) está en buen estado de salud, y asumo responsabilidad por la salud de mi hijo(a).

*(de los siguientes párrafos relacionados con cuestiones medicas, firme solo las que aplican a su caso)*

**Trato de Emergencia Medica:** En caso de alguna emergencia, por este medio yo doy permiso de que se traslade a mi hijo(a) a un hospital para recibir tratamiento médico o cirugía. Yo quiero ser informado antes de algún tratamiento en específico por parte del hospital o doctor. En caso de emergencia, si el padre/ tutor no se puede localizar con la información previamente facilitada, favor de contactar a:

\*Nombre y relación con el Participante: \_\_\_\_\_

\*Teléfono: \_\_\_\_\_ \*Medico Familiar: \_\_\_\_\_

\* Teléfono: \_\_\_\_\_ \*Nombre de Seguro Medico: \_\_\_\_\_

\*# De Póliza: \_\_\_\_\_

\*Firma: \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_

Algún otro tratamiento médico: En el momento en el que se le informe a oficiales, directores, diócesis de Nashville, arquidiócesis de Louisville, empleados y agentes, chaperones, o representativos asociados con esta actividad que mi hijo(a) está enfermo con síntomas como dolor de cabeza, vomito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero ser contactado a el número de teléfono proporcionado anteriormente.

\*Firma: \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_

Medicamento: Mi hijo(a) está actualmente tomando medicamento. Mi hijo(a) traerá todos los siguientes medicamentos necesarios, y dichos medicamentos tendrán información necesaria. Nombre del medicamento e instrucciones de cómo asegurar que se tome el medicamento incluyendo dosis y la frecuencia de la dosis.

\*Firma: \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_

Ningún medicamento de cualquier tipo, con receta médica o sin receta médica, puede ser dado a mi hijo(a) al menos que la situación sea de vida o muerte y se necesite de emergencia.

\*Firma: \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_

Por este medio yo doy permiso para que se le dé medicamento sin receta médica tales como; (medicamentos sin aspirina: paracetamol, Ibuprofeno, pastillas para la garganta y jarabe para la tos).

\*Firma: \_\_\_\_\_ \*Fecha: \_\_\_\_\_

**Información de medicamentos específicos:** La iglesia será responsable de tener esta información bajo confidencialidad.

\* Reacciones alérgica (Medicamento, comida, plantas, insectos etc...)

---

---

---

\* Fecha de la última vez que se vacuno de Tétanos/ Difteria:

---

\* El niño(a) tiene alguna dieta medicamente recetada? Si su respuesta es si, escriba con detalle

\* Alguna limitación física? Escriba con detalle

\* El niño(a) ha sido últimamente expuesto a alguna enfermedad contagiosa o condición?

\* Deben de saber de las siguientes condiciones médicas de mi hijo(a)

