**Forma de Consentimiento y Autorización Para Tratamiento Médico y Liberación de Responsabilidad Anual**

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Personal**

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_\_\_

Domicilio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Guardián Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información Médica**

Doctor Familiar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de póliza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numero del Grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Tiene su niño(a) alguna condición médica especial o problema cardíaco?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Se ha roto su niño(a) un hueso en los últimos seis (6) meses?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Ha tenido su niño(a) alguna cirugía en los últimos seis (6) meses?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Esta tomando su niño(a) algún medicamento que podría impedir o reducir la actividad física?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Tiene su niño(a) reacción alérgica a picaduras de abejas o insectos?

\_\_\_ Sí \_\_\_ No ¿Sufre su niño(a) de asma u otros problemas de respiración?

Si usted contesto “sí” a cualquier de las preguntas mencionadas, es la responsabilidad del padre/guardián verificar con el personal y(o) los voluntarios para asegurar que su niño(a) no estará en peligro por alguna limitación o condición física.

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia**

#1: Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación a su hijo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#2: Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación a su hijo(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicamento que está tomando su hijo(a) Click here to enter text.

Reacciones alérgicas (medicamentos o comidas) Click here to enter text.

Alguna limitación que tiene su hijo(a) Click here to enter text.

**Yo**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **doy mi consentimiento** para que mi hijo(a) aquí nombrado participe en los programas y actividades físicas de la parroquia durante este año del programa. **Yo doy permiso** a los empleados y(o) las personas responsables que obtengan tratamiento de emergencia médica si es necesario.  **Por mi parte y por parte de mi hijo(a), nuestros herederos, y sucesores y apoderados acepto** no hacer responsable a la parroquia, la Diócesis de Brownsville, el Obispo y sus sucesores, empleados, directores, agentes, catequistas y voluntarios de cualquier y todo reclamo legal por enfermedades, heridas y(o) muerte relacionados con la participación de mi hijo(a) en los diversos programas y actividades durante el año del programa. **Además acepto**, compensar la parroquia, la Diócesis de Brownsville, los directores, empleados, y(o) agentes asociados con los programas y actividades físicas por honorarios razonables de abogado y gastos que podrán ser incurridos por cualquier acción por culpa de heridas o danos [a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la parroquia y/o la Diócesis]. **Afirmo** que lainformación dada es cierta y correcta.

Firma del Padre/Guardián Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consentimiento participar en el programa de Seguridad en el Contacto**

Estimado padre o tutor,

Bendito sea nuestro Señor Jesucristo, que mostró su amor por los niños mediante la celebración de ellos y bendecirlos. Esta carta es una invitación a usted y a sus hijos a participar en una clase muy especial sobre Tocar Seguridad.

Cada parroquia en nuestra diócesis, de hecho toda la diócesis de los Estados Unidos, está dirigida a proporcionar a los niños y los jóvenes en el programa de educación religiosa de la parroquia y lecciones especiales sobre cómo mantenerse a salvo del abuso sexual infantil. Las lecciones son para seguridad personal de su hijo y no para la educación en la sexualidad humana. El objetivo es reforzar lo que ustedes como padres está enseñando a sus hijos, acerca de tocar adecuada y la diferencia entre amigos seguros y no seguros.

Las fechas y horas de estos clases se darán a conocer durante el año CCE. Como padres te dan la bien venida a unirse a nosotros durante la presentación.

Si por alguna razón , usted prefiere que su hijo (a) no participe en la lección especial de Tocar Seguridad, puede firmar el reverso de este formulario indicando rechaza . Se espera que su niño a venir a clase el día de la presentación. Y él / ella estará en otra clase durante la presentación.

\_\_\_\_\_ Sí, doy mi consentimiento \_\_\_\_\_No, no doy mi consentimiento

Para mi hijo / hija \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre) a

Participa en el Programa de Entrenamiento de Seguridad en el Tacto.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FORMA DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACION**

 **DE FOTOGRAFIA Y VIDEO**

 Por lo presente, doy el consentimiento que cualquier fotografía, imagen, electonica y (0) de grabación en audio y (o) de grabación en audio y (o) trabajo en la cual yo o mi hijo/a aparece, puede ser utilizado por cualquier parroquia en la diócesis y (o) el personal de la parroquia de St. Francis Xavier y (o) las personas designadas por la parroquia. Yo entiendo que las fotografías, imágenes electonicas y (o) de grabación en audio y (o) trabajos son propiedad de la diócesis y (o) de la parroquia y pueden ser utilizadas por la diócesis, parroquia o otros con el consentimiento de la diócesis y (o) parroquia para el reclutamiento, la recaudación de fondos, la evangelización y cualquier otro esfuerzo de comunicación existente o creados en el futuro.

**(Por favor de marcar uno de los siguientes)**

\_\_\_\_Si, doy mi consentimiento

\_\_\_\_No, doy mi consentimiento

**(Por favor escribir claramente en letra de molde)**

Nombre del Nino:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardian Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Guadian Legal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electronico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Permission Form for Child Pick Up/**

Forma De Consentimiento Para Recoger Al Nino

**Student Name/:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Estudiante

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Father’s Name/:***Nombre de Padre* | Click here to enter text. | **Phone #/:***Telefono* | Click here to enter text. |
| **Mother’s Name/:***Nombre de Madre* | Click here to enter text. | **Phone #/:***Telefono* | Click here to enter text. |

**The following people can pick up my son or daughter after religious classes**:

*Las siguentes personas pueden recoger mi hijo(a) despues de terminar las clases de Educacion Religiosa*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Name/ *Nombre:*** | **Phone #/*****Telefono:***  | **Relationship:/*****Relacion*** |
| 1: | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| 2: | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |
| 3: | Click here to enter text. | Click here to enter text. | Click here to enter text. |

**My son/daughter has permission to walk home. \_\_\_\_Yes \_\_\_\_No**

*Mi hijo (a) tiene permiso para caminar a casa. \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_No*

**My son/daughter will walk to CCE clases after school \_\_\_\_Yes \_\_\_\_\_No**

*Mi hijo/a va caminar para el edificio de clases de \_\_\_\_\_Si \_\_\_\_\_No*

*catecismo después de la escuela*

**Parent Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date/:\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Firma de Padre: Fecha*:

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para ayudar mejor a su hijo durante las clases de educación religiosa, indique si su hijo tiene alguna de las siguientes discapacidades colocando una marca de verificación

 (√) junto a cualquier discapacidad que corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
| Click here to enter text. | Locomoción (necesita silla de ruedas |
| Click here to enter text. | Audición |
| Click here to enter text. | Visión |
| Click here to enter text. | Habla |
| Click here to enter text. | Habilidades de aprendizaje |
| Click here to enter text. | Ajustes emocionales |
| Click here to enter text. | Déficit de Atención / Hiperactivo |
| Click here to enter text. | Síndrome de Down |
| Click here to enter text. | Parálisis cerebral |
| Click here to enter text. | Otro (Por favor enumere) |

**Comunicado Electrónico de Autorización y Formulario de Consentimiento**

**Nombre de Estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Grado:\_\_\_\_\_ Clase registrada para en CCE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre de padre/guardian legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Favor de letrar)

Por la presente, doy mi consentimiento al personal de St. Francis Xavier o su designado para transmitir información sobre el programa CCE, la clase de mi hijo o los promimos eventos parroquiales a través de: (Tenga en cuenta que los elementos marcados con \* son OBLIGATORIOS)

\_\_\_\_\*Recordar aplicación de mensajes de texto (nombre/numero de teléfono para recibir mensajes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\*Email (Dirreccion de correo electronico para registrarse)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_Correo \_\_\_\_Telefono \_\_\_\_Otro

\_\_\_\_Si, doy mi consimiento \_\_\_\_No, doy mi consimiento

Firma de padre/guardian Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date/***Fecha***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name/***Nombre del estudiante***:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent’s Name/***Nombre de los padres***: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Parent’s Telephone #/ ***Teléfono de los padres****:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Youth Ministry/ ***Ministerio Juvenil***

\_\_\_\_Yes, I am interested in my child participating in the Youth Ministry for Jr. High/ High School

\_\_\_\_No, I am not interested in my child participating in the Youth Ministry for Jr. High School

\_\_\_\_Yes, I gave my consent on the Media Release & Consent Form

\_\_\_\_No, I did not give my consent on the Media Release & Consent Form

***\_\_\_\_Si, estoy interesado en que mi hijo participe en el Ministerio de la Juventud papa Jr. High/High School***

***\_\_\_\_No, no estoy interesado en que mi hijo participe en el Ministerio de la Juventud para Jr. High/High School***

***\_\_\_\_ Sí, di mi consentimiento en el Formulario de autorización y comunicado de prensa***

***\_\_\_\_ No, no he dado mi consentimiento en el Formulario de autorización y divulgación de medios***