



# DIÓCESIS DE LUBBOCK

## PERMISO DE LOS PADRES/TUTORES Y EXENCION DE RESPONSABILIDAD

POR FAVOR, IMPRIMA DE FORMA LEGIBLE

### Información del participante

Nombre del participante:		Parroquia:	
Nombre del Padre/Tutor:		Relación con el participante:	
Domicilio:	Ciudad	Estado	Cremallera
Teléfono de la casa:	Teléfono celular:	Teléfono celular del padre/tutor	
CORREO ELECTRÓNICO:			

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para que mi hijo/a \_\_\_\_\_  
Participar en el evento diocesano. Como padre y/o tutor legal, sigo siendo legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por mi hijo/hija mencionado anteriormente.

Estoy de acuerdo en mi nombre, en el de mi hijo/a nombrado en este documento, en el de nuestros herederos, sucesores y cesionarios, en eximir de responsabilidad a la Diócesis de Lubbock, sus funcionarios, directores y agentes de todas y cada una de las acciones, reclamos, demandas, daños, costos, gastos y todos los daños consecuentes que surjan de o en relación con la asistencia de mis hijos/hijas al evento o lesión o costo del tratamiento médico en relación con el mismo.

### INFORMACIÓN DEL SEGURO (o adjuntar fotocopia)

¿Tiene seguro médico?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, sírvase proporcionar la siguiente información:
Compañía de seguros:		
Póliza en nombre de:	Número de póliza:	
Nombre del médico de familia:	Número de teléfono:	

A mi leal saber y entender, el niño mencionado anteriormente goza de buena salud, y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. En caso de emergencia, doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital para recibir tratamiento de emergencia. Deseo que el hospital o el médico me informen antes de cualquier tratamiento adicional.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**La siguiente solicitud es información pertinente si está inconsciente**

Fecha de nacimiento (incluido el año)

Idioma preferido

Por favor, enumere TODAS las alergias/información especial de salud:

Enumere CUALQUIER medicamento (recetado o sin receta):

Nombre del contacto de emergencia

Número de teléfono:

Nombre del contacto de emergencia

Número de teléfono:

**En el caso de que el participante no tenga seguro médico, el pago total de la atención médica pasa a ser responsabilidad del padre/tutor**

**Consentimiento para fotografías y videos:**

De vez en cuando, se pueden tomar fotografías y videos de eventos y reuniones del ministerio juvenil. Nos gustaría poder usar estas fotografías y videos para folletos, publicaciones parroquiales y diocesanas y el sitio web del ministerio. Se requiere el consentimiento por escrito tanto del estudiante como del padre/tutor. Los nombres no se publicarán a menos que el estudiante y el padre/tutor den autorización por escrito y luego solo se usarán los nombres de pila. Si hay inquietudes sobre las imágenes o videos publicados en el sitio web, comuníquese con el coordinador del ministerio y se eliminarán de inmediato.

Yo/Nosotros, los padres/tutores de este joven (nombre) \_\_\_\_\_, autorizamos y damos pleno consentimiento, sin limitación ni reserva a la Diócesis de Lubbock para publicar cualquier fotografía o video en el que aparezca el estudiante con el nombre anterior mientras participa en cualquier programa asociado con el ministerio juvenil. No habrá compensación por el uso de ninguna fotografía o video en el momento de la publicación en el futuro.

Firma del estudiante \_\_\_\_\_

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

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

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

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_

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