

DIOCESIS DE BOISE PERMISO POR ESCRITO PARA EL ADULTO

Evento: _____

FECHA: _____

NOMBRE del ADULTO: _____

Yo entiendo que en el caso que yo sea lastimado como resultado de mi participación dentro de las actividades arriba mencionadas, incluyendo el transporte de ida y de vuelta, causada o no por la negligencia (activa o pasiva) del programa de actividad juvenil de la parroquia /colegio o diócesis, o por cualquiera de sus agentes o empleados, la responsabilidad por el pago de cualquier gasto incurrido por el hospital, el medico u otros gastos relacionados, serán primeramente aplicados a cualquier forma de seguro de hospital, medico o accidente, o de cualquier otro plan de beneficios, lo cual pertenece a mi o a mi esposa /esposo.

No tengo conocimiento de ninguna condición médica mía que me impida la participación en cualquier actividad.

Yo, por este formulario, doy mi permiso a las personas supervisoras responsables que elijan servicio medico en el caso que un servicio medico sea necesario de acuerdo al medico, enfermera o dentista presente dentro de la posible situación.

A los participantes se les comunica que las fotos y/o videos que se tomen de los participantes pueden ser utilizados en publicaciones, sitios web u otros materiales producidos periódicamente por la Diócesis de Boise, por la Oficina de Catequesis o las parroquias locales. (Los participantes no serán identificados sin un previo consentimiento por escrito). Los adultos que no deseen ser fotografiados o filmados deben notificar por escrito a la parroquia o a la Oficina de Catequesis de la Diócesis. Tenga en cuenta que la Oficina de Catequesis no tiene control sobre el uso de las fotos y grabaciones tomados por los medios de comunicación que pudieran estar cubriendo el evento en el cual usted participa.

Yo entiendo que durante la conferencia sere transportado a por medio de un vehículo privado para ir y volver del sitio.

Fecha _____ Firma _____

HISTORIA MEDICA PARA EL HOSPITAL O MEDICO

Alergias/Añada cualquier restricción alimenticia: _____

Medicamento actualmente recetados: _____

Fecha de la última vacuna del Tétano: _____

Incapacidades físicas: _____

Otros hechos importantes que el médico debe saber: _____

Por favor marque la que aplique:

___ Estoy cubierto/a por un seguro medico bajo el número de póliza siguiente: _____

Dada por _____ El nombre del titular es _____

_____. El doctor familiar es _____

y puede ser contactado al número _____

Información de Persona en caso de Emergencia:

Nombre de Persona en caso de Emergencia: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Número del Celular: _____

—This form should be kept on file by the parish Coordinator of Youth Ministry./ Esta forma debe permanecer archivada por el Coordinador de Pastoral Juvenil Parroquial.—