

# Permiso

**TÍTULO DE PÓLIZA: FORMA DE PERMISO DE PADRES/GUARDIÁN LEGAL**  
**NUMERO DE POLIZA: 5360**

**Revisado 9/15/95**

DIOCESIS DE CHARLOTTE, NC  
FORMA DE PERMISO DE PADRES/GUARDIÁN LEGAL  
PARA PARTICIPACIÓN EN RETIRO

Querido Padre o Guardian Legal:

Tu hijo/hija, cuidado es elegible para participar en un retiro patrocinada por la diócesis que requiere transportación personal a ubicaciones fuera de su sitio de hogar. Esta actividad se dará a cabo bajo el cuidado y supervisión de adultos. Lo siguiente es una breve descripción del retiro:

ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

SUPERVISOR DESIGNADO O ACTIVIDAD: \_\_\_\_\_

Si desea que su hijo/hija participara en este evento, por favor complete, firme, y regrese la siguiente declaracion de consentimiento y liberación de responsabilidad. Como padre, o guardián, usted queda con plena responsabilidad sobre cualquier situación legal que pueda resultar por causa de las acciones tomadas por el participante nombrado.

Yo otorgo consentimiento de participación de mi hijo/hija, \_\_\_\_\_ en el evento mencionado arriba. Entiendo que este evento se dará a cabo fuera de la parroquia y que mi hijo/hija estara bajo la supervisión del supervisor designado en las fechas dadas. Más, doy consentimiento a todas las condiciones dichas previamente sobre la participación en este evento, incluyendo el método de transportación.

Doy mi permiso para que mi hijo/hija, en caso de emergencia, sea llevado a un medico o hospital por el supervisor o otro adulto voluntario. Entiendo que se hará todo el intento por contactarme. Si no me pueden contactar, yo doy mi permiso al médico seleccionado por el supervisor que está a cargo, o adulto voluntario(s), para hospitalizar y asegurar el tratamiento apropiado (incluyendo cirugía) para mi hijo/hija. El costo de todo tratamiento médico que sea necesario para mi hijo/hija estara bajo mi responsabilidad y gastos.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Guardian Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Numero Telefonico donde los podemos contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre de Poliza de Accidnete/Hospitalizacion: \_\_\_\_\_

Numero de Poliza: \_\_\_\_\_

# Información de Salud

(Requerido para completar la registraci3n) **FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA CON LA REGISTRACI3N:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHAS DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_ HEMBRA \_\_\_\_\_ VARON \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ DIOCESIS DE CHARLOTTE

El participante tiene buena salud general y est1 apto para participar en todas las actividades normales?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ (Si no, favor de incluir declaracion indicando sus limites.)

Favor de dar la fecha de su 1ltimo revis3 f1sico.

FECHA: \_\_\_\_\_  
MEDICO FAMILIAR O CLINICA: \_\_\_\_\_

\* \* \* \* \*

Alergias (Escriba un "si" o "no" al lado de cada una)

FIEBRE DE HENO \_\_\_\_\_ ASTHMA \_\_\_\_\_ SULFA \_\_\_\_\_  
DESMAYOS \_\_\_\_\_ HIEDRA VENENOSA \_\_\_\_\_ PENICILINA \_\_\_\_\_  
CONVULSIONES \_\_\_\_\_ PICADURA DE ABEJA \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

Medicacion actual o condiciones medicas:

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

Si contest3 "si" a una alergia, favor de someter instrucciones de c3mo se debe tratar a su hijo/hija y con qu3 medicaci3n. Tambi3n someta instrucciones de otros medicamentos que usa actualmente. El medicamento ser1 dispensado por el Director, o un adulto voluntario, del programa.

Operaciones or heridas graves: \_\_\_\_\_  
Fechas: \_\_\_\_\_

Favor de notificar la oficina si este participante es expuesto a una enfermedad transmisible durante las tres semanas antes del retiro.

\* \* \* \* \*

Al firmar esta aplicaci3n, certifico que la informaci3n dada arriba est1 correcta y doy permiso para que mi hijo/hija sea transportado en un veh1culo privado hacia y desde la transportaci3n p1blica o a lugares aprobados para actividades fuera del programa; y para la liberaci3n del registro m3dico al m3dico en asistencia en caso de enfermedad.

En caso de emergencia m3dica, entiendo que todo intento ser1 hecho para contactar al los padres/guardianes del participante. Si no puedo ser contactado, doy mi permiso al m3dico, seleccionado por el Director del Programa, para hospitalizar, dar tratamiento apropiado, y otorgar inyecciones, anestesia, o cirug1a para mi hijo/hija que est1 nombrado en esta forma.

FIRMA DE PADRE/GUARDI1N: \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
N1mero Telef3nico durante el Programa: \_\_\_\_\_  
N1mero Telef3nico Alternativo \_\_\_\_\_  
Aseguranza Medica Familiar: \_\_\_\_\_ N1mero de P3liza \_\_\_\_\_