

PASTORAL JUVENIL
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO, LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN

Parroquia: _____ (la "Parroquia")

Organización de Jóvenes/Jóvenes Adultos: _____
(la "Organización Parroquial")

Fechas del evento o viaje: _____

Nombre del participante: _____

Médico de Cabecera: _____ Teléfono: _____

MEDICACIÓN: El participante utilizará la siguiente medicación:

Nombre del medicamento: _____

Naturaleza de la medicación: _____

Médico prescriptor: _____ Teléfono: _____

**** Para los participantes menores de 18 años o en la escuela secundaria, todos los medicamentos deben presentarse al acompañante designado, antes de la salida, en su envase original, etiquetado con el nombre del participante y la información de dosis. Si el participante DEBE tener medicamentos con él o ella en todo momento, indique la razón específica:** _____

CONDICIONES MÉDICAS: Identifique cualquier condición médica que tenga el Participante:

ALERGIAS:

A los medicamentos: _____
Otro: _____

SEGURO:

Compañía de seguros: _____ Plan: _____ Póliza #: _____

**** Si necesita espacio adicional para completar cualquier parte de este formulario, adjunte páginas adicionales.**
Nombre del participante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO, LA LIBERACIÓN Y LA INDEMNIZACIÓN
(Para participantes menores de 18 años o en la escuela secundaria)

Debido a que nuestro hijo/a participa en actividades juveniles con _____, incluidas las reuniones semanales de grupos juveniles y cualquier viaje grupal, nosotros, como padres/tutores del participante mencionado anteriormente, damos nuestro consentimiento y damos nuestro permiso para que nuestro hijo sea diagnosticado, tratado y / o medicado de acuerdo con la práctica médica estándar, por personal médico autorizado. Estamos de acuerdo en aceptar toda responsabilidad financiera como resultado de dicho tratamiento y la programación de dicho tratamiento.

Renunciamos, liberamos y descargamos todas y cada una de las reclamaciones contra la Parroquia, la Organización Parroquial, la Diócesis de Camden, Nueva Jersey, y sus respectivos agentes, sirvientes, empleados, funcionarios, fideicomisarios, administradores y voluntarios, por daños y / o lesiones a nosotros o a nuestro hijo que puedan surgir de dicho tratamiento médico.

En consideración al permiso otorgado para que nuestro hijo participe en esta Actividad, acordamos indemnizar, eximir de responsabilidad, proteger y defender a la Parroquia, la Organización Parroquial, la Diócesis de Camden, Nueva Jersey, y sus respectivos agentes, sirvientes, empleados, funcionarios, fideicomisarios, administradores y voluntarios, de y contra todos y cada uno de los reclamos, pérdidas, responsabilidades, daños, demandas, multas, sanciones, costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, presentados o incurridos por o en nombre de nuestro hijo o por o en nombre de cualquier otra persona que surjan de o estén relacionados de alguna manera con dicho tratamiento médico.

HEMOS LEÍDO ESTE ACUERDO DETENIDAMENTE Y ENTENDEMOS QUE AUTORIZA EL TRATAMIENTO MÉDICO PARA EL PARTICIPANTE, LIBERA RECLAMACIONES CONTRA LAS PARTES NOMBRADAS POR LESIONES AL PARTICIPANTE O DAÑOS A LA PROPIEDAD DEL PARTICIPANTE RELACIONADOS CON DICHO TRATAMIENTO, Y QUE NOS OBLIGA A INDEMNIZAR A LAS PARTES NOMBRADAS POR LA RESPONSABILIDAD HACIA OTROS QUE SURJA DE DICHO TRATAMIENTO.

Padre/Tutor

Firmas: _____

Imprimir nombres: _____

Fecha: _____

CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE PARA EL TRATAMIENTO MÉDICO, LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN
(Para TODOS los participantes mayores de 18 años, ya sea que estén en la escuela secundaria o no)

Por el hecho de participar en actividades juveniles con _____, por la presente doy mi consentimiento y permiso para ser diagnosticado, tratado y/o medicado de acuerdo con la práctica médica estándar, por personal médico autorizado. Estoy de acuerdo en aceptar toda responsabilidad financiera como resultado de dicho tratamiento y la programación de dicho tratamiento.

Renuncio, libero y descargo todas y cada una de las reclamaciones contra la Parroquia, la Organización Parroquial, la Diócesis de Camden, Nueva Jersey, y sus respectivos agentes, sirvientes, empleados, funcionarios, fideicomisarios, administradores y voluntarios, por daños y / o lesiones a mí que puedan surgir de dicho tratamiento médico.

En consideración al permiso otorgado para mí participar en esta Actividad, acepto indemnizar, eximir de responsabilidad, proteger y defender a la Parroquia, la Organización Parroquial, la Diócesis de Camden, Nueva Jersey, y sus respectivos agentes, sirvientes, empleados, funcionarios, fideicomisarios, administradores y voluntarios, de y contra todos y cada uno de los reclamos, pérdidas, responsabilidades, daños, demandas, multas, sanciones, costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, presentados o incurridos por o en nombre de cualquier otra persona que surjan de o estén relacionados de alguna manera con dicho tratamiento médico.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO DETENIDAMENTE Y ENTIENDO QUE AUTORIZA EL TRATAMIENTO MÉDICO PARA MÍ, LIBERA LAS RECLAMACIONES CONTRA LAS PARTES NOMBRADAS POR LESIONES O DAÑOS A MI PROPIEDAD RELACIONADOS CON DICHO TRATAMIENTO, Y QUE ME OBLIGA A INDEMNIZAR A LAS PARTES NOMBRADAS POR LA RESPONSABILIDAD HACIA OTROS QUE SURJA DE DICHO TRATAMIENTO.

Firma del participante: _____

Fecha: _____