

Esta forma es para el uso de jóvenes hasta la edad de 18 años.

OFICINA DEL MINISTERIO DE JÓVENES Forma A
DIÓCESIS DE VICTORIA EN TEXAS
FORMULARIO DE PERMISO/INFORMACION MÉDICA

Nombre _____ Sexo _____ Grado _____
Dirección _____ Ciudad _____
Estado/ Código Postal _____ Teléfono(____) _____
Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Parroquia _____

Nombre de Padres/Guardíanes _____
Dirección (si es diferente) _____
Teléfono(____) _____ Celular(____) _____ Trabajo(____) _____

Yo doy mi consentimiento para la participación de mi hijo/hija, _____ en el _____ patrocinado por la Oficina de Ministerio de jóvenes de la diócesis de Victoria. Entiendo que la actividad tendrá lugar en _____ y que mi hijo/hija estará bajo la supervisión del personal diocesano y parroquia. Como padre o guardian yo acepto defender y indemnizar la diócesis de Victoria, su clero, oficiales, agentes, empleados y voluntarios de cualquier reclamación, costos o gastos por daños de propiedad, lesiones personales o otros perjuicios con relacion a mi hijo/hija en la actividad anteriormente mencionada o durante el transporte hacia y desde el evento. Yo doy permiso para medicamentos (por ejemplo, Tylenol, pastillas de garganta, jarabe de los, Pepto-bismo, etc.) y la rutina médica que mejora el cuidado que debe dares a mi hijo/hija si lo considera conveniente por el supervisor personal diocesano. En el caso de emergencia, yo también doy permiso para transportar mi hijo al hospital más cerca para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia y autorizo un patrocinador adulto para firmar para el tratamiento si no puedo ser localizado.

Fecha

Firma de Padre

Médico de Familia _____ Teléfono(____) _____
Dirección _____ Ciudad/Estado/Codo Postal _____
Mi hijo/hija es alérgico a: _____
Mi hijo/hija toma el siguientes medicamento (nombre, dosis): _____
Este medicamento es para: _____ Mi hijo/hija es alérgica a este medicamento _____
Ultima inmunización/refuerzo para la difteria y tétanos: _____
Limitaciones físicas o problemas medicas: _____

En una emergencia, si no se puede llegar a padre o guardían, póngase en contacto con:

Nombre _____ tele de trabajo (____) _____ tele de casa(____) _____
Nombre _____ tele de trabajo (____) _____ tele de casa(____) _____

Nombre de seguro _____ Telefono(____) _____
Dirección _____ Ciudad/Estado/Codigo _____
Persona asegurada _____ # de póliza _____ # de plan _____