

**FORMA DE CONCENTIMIENTO PADRE/ GUARDIAN (LIABILITY WAIVER)**

**VI AJE ESCOLAR  
(FIELD TRIP)**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso a mi hijo(a) \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián

Nombre del Hijo(a)

de participar en este evento parroquial que requiere transportación a un a destino lejos del mismo inmueble parroquial. Este evento se llevará a cabo bajo el cuidado y la dirección de empleados parroquiales y/o de voluntarios de la parroquia de \_\_\_\_\_ (Nombre de la Parroquia)

Una Breve Descripción de las Actividades:

Tipo de Evento: \_\_\_\_\_

Destino del Evento: \_\_\_\_\_

Persona Encargada: \_\_\_\_\_

Tiempo Estimado de la Partida: \_\_\_\_\_

Modo de Transporte Para el Evento: \_\_\_\_\_

Como padre o guardián legal, yo sostengo ser legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por la persona mencionada en la parte superior de esta forma ("participante").

Estoy de acuerdo por mi propio consentimiento, el de mi hijo(a) ya mencionado(a), mis herederos o familiares, y quienes me llegasen a representar legalmente, de no actuar en contra de \_\_\_\_\_ (Nombre de la Parroquia), sus oficiales, directores, agentes,

empleados o representantes asociados, la Archidiócesis de Washington DC, sus empleados, agentes, chaperones, o representantes asociados con el viaje escolar (*field trip*) cualquier reclamo legal, pérdida o daño personal a causa o en relación con la participación de mi hijo(a) quien participará en el evento o en conexión con cualquier enfermedad o daño (incluyendo muerte) o costo de tratamiento médico en conexión, y también estoy de acuerdo en compensar a la parroquia, sus oficiales, directores y agentes, incluyendo la Arquidiócesis de Washington DC, sus empleados y agentes y chaperones, o representantes asociados con el evento por cobros sustanciosos de abogados y gastos los cuales incurran en cualquier acción en contra de ellos como resultado de tal daño, al menos que tal reclamo sea causado por la misma negligencia de la parroquia o Arquidiócesis.

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

**ASSUNTOS MEDICOS:** por medio de esta notificación garantizo que mi hijo(a) está en buenas condiciones físicas y asumo todas las responsabilidades por la salud de mi hijo(a). (De las siguientes cláusulas firme solo las que aplican a usted).

**Tratamiento Médico de Emergencia:** en el caso de una emergencia, yo doy permiso de transportar a mi hijo(a) y de ser hospitalizado(a) en caso de emergencia o intervención quirúrgica. Deseo ser avisado previamente antes de ser tratado por un hospital o un doctor. En caso de una emergencia, si no me puede localizar por los medios dados a conocer, contácteme al:

VIAJE ESCOLAR (FIELD TRIP) Nombre del Participante:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: \_\_\_\_\_ Nombre de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Dirección:

Número Telefónico:

Trabajo: \_\_\_\_\_ Yo, \_\_\_\_\_

doy permiso a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ Nombre del Padre/Guardián Nombre del Hijo(a) de  
participar en este evento parroquial que requiere transportación a un a destino lejos del mismo inmueble  
parroquial. Este evento se llevará a cabo bajo el cuidado y la dirección de empleados parroquiales y/o de  
voluntarios de la parroquia de \_\_\_\_\_ ( Nombre de la Parroquia )

### Una Breve Descripción de las Actividades:

Tipo de Evento: \_\_\_\_\_ Destino del Evento: \_\_\_\_\_

Persona Encargada:

Tiempo Estimado de la Partida:

Modo de Transporte Para el Evento:

Como padre o guardián legal, yo sostengo ser legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por la persona mencionada en la parte superior de esta forma ("participante").

Estoy de acuerdo por mi propio consentimiento, el de mi hijo(a) ya mencionado(a), mis herederos o familiares, y quienes me llegasen a representar legalmente, de no actuar en contra de \_\_\_\_\_ (Nombre de la Parroquia), sus oficiales, directores, agentes,

empleados o representantes asociados, la Archidiócesis de Washington DC, sus empleados, agentes, chaperones, o representantes asociados con el viaje escolar (field trip) cualquier reclamo legal, pérdida o daño personal a causa o en relación con la participación de mi hijo(a) quien participará en el evento o en conexión con cualquier enfermedad o daño (incluyendo muerte) o costo de tratamiento médico en conexión, y también estoy de acuerdo en compensar a la parroquia, sus oficiales, directores y agentes, incluyendo la Arquidiócesis de Washington DC, sus empleados y agentes y chaperones, o representantes asociados con el evento por cobros sustanciosos de abogados y gastos los cuales incurran en cualquier acción en contra de ellos como resultado de tal daño, al menos que tal reclamo sea causado por la misma negligencia de la parroquia o Arquidiócesis.

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

ASSUNTOS MEDICOS: por medio de esta notificación garantizo que mi hijo(a) está en buenas condiciones físicas y asumo todas las responsabilidades por la salud de mi hijo(a). (De las siguientes cláusulas firme solo las que aplican a usted).

Tratamiento Médico de Emergencia: en el caso de una emergencia, yo doy permiso de transportar a mi hijo(a) y de ser hospitalizado(a) en caso de emergencia o intervención quirúrgica. Deseo ser avisado previamente antes de ser tratado por un hospital o un doctor. En caso de una emergencia, si no me puede localizar por los medios dados a conocer, contáctenme al:

Nombre y Relación: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_  
Doctor familiar: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_ Plan Familiar Médico: \_\_\_\_\_  
N. de Póliza: \_\_\_\_\_  
Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Otros Tratamientos Médicos:** En caso que durante el evento se le presente a la parroquia, directores y agentes, y la Arquidiócesis de Washington, chaperones, representantes asociados que mi hijo(a) se enferme con síntomas de dolor de cabeza, vomito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, yo quisiera que se me llame por cobrar (con cargos de teléfono en mi nombre).

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

**Medicamentos:** Mi hijo(a) está tomando medicamento en el presente. Mi hijo(a) traerá tales medicamentos necesarios, y que tales medicamentos serán claramente marcados. Nombre de los medicamentos y dosis o cantidades serán incluidas específicamente junto con la frecuencia siguiente: \_\_\_\_\_

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

No medicamento de ningún tipo, ya sea con receta médica o sin ella, deberá de ser administrada a mi hijo(a) al menos que tal situación sea amenazante de vida o muerte y que requiera tratamiento de emergencia.

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

Doy permiso para que medicina sin receta médica (tal y como jarabes y productos sin aspirina) sea dada a mi hijo(a), siempre y cuando sea aminorado apropiadamente tal medicamento.

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

**Información Específica Médica:** la parroquia tomará cuidado razonable de que la siguiente información sea manejada de una forma confidencial.

¿Reacciones Alérgicas (medicamento, comida, plantas, insectos, etc.)?: \_\_\_\_\_

¿Inmunizaciones: fecha de la última inmunización tétanos/difteria?: \_\_\_\_\_

¿Alguna dieta recetada médicamente?: \_\_\_\_\_

¿Alguna limitación física?: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) padece de nostalgia, reacciones emocionales a nuevas situaciones, sonambulismo, problemas de orina, desmayos?: \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hijo(a) expuesto recientemente a alguna enfermedad o condición contagiosa tal y como viruela, sarampión, etc.? Si es el caso, enliste fechas y enfermedades: \_\_\_\_\_

Usted debería de conocer las siguientes condiciones médicas de mi hijo(a):

---

Nombre y Relación: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Doctor familiar: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_ Plan Familiar Médico:  
\_\_\_\_\_ N. de Póliza: \_\_\_\_\_ Firma:  
\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Otros Tratamientos Médicos: En caso que durante el evento se le presente a la parroquia, directores y agentes, y la Ar- quidiócesis de Washington, chaperones, representantes asociados que mi hijo(a) se enferme con síntomas de dolor de ca- beza, vomito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, yo quisiera que se me llame por cobrar (con cargos de teléfono en mi nom- bre).

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

Medicamentos: Mi hijo(a) está tomando medicamento en el presente. Mi hijo(a) traerá tales medicamentos necesarios, y que tales medicamentos serán claramente marcados. Nombre de los medicamentos y dosis o cantidades serán incluidas es- pecíficamente junto con la frecuencia siguiente:

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

No medicamento de ningún tipo, ya sea con receta médica o sin ella, deberá de ser administrada a mi hijo(a) al menos que tal situación sea amenazante de vida o muerte y que requiera tratamiento de emergencia.

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

Doy permiso para que medicina sin receta médica (tal y como jarabes y productos sin aspirina) sea dada a mi hijo(a), siem- pre y cuando sea aminorado apropiadamente tal medicamento.

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

Información Específica Médica: la parroquia tomará cuidado razonable de que la siguiente información sea manejada de una forma confidencial.

¿Reacciones Alérgicas (medicamento, comida, plantas, insectos, etc.)?: \_\_\_\_\_

¿Inmunizaciones: fecha del la última inmunización tétanos/difteria?: \_\_\_\_\_ ¿Alguna dieta  
recetada médicamente?: \_\_\_\_\_ ¿Alguna limitación física?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Su hijo(a) padece de nostalgia, reacciones  
emocionales a nuevas situaciones, sonambulismo, problemas de orina, desma- yos?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
¿Ha estado su hijo(a) expuesto recientemente a alguna enfermedad o condición contagiosa tal y como viruela, sarampión, etc.? Si es el caso, enliste fechas y enfermedades:

\_\_\_\_\_  
Usted debería de conocer las siguientes condiciones médicas de mi hijo(a):