*Nombre de la parroquia*

*Dirección de la parroquia Teléfono de la parroquia*

**FORMULARIO ANUAL DE AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES PARA SERVICIOS MÉDICOS, FOTOS Y COMUNICACIÓN**

En caso de accidente o enfermedad grave, la parroquia mencionada anteriormente ("la parroquia") se pondrá en contacto con el padre/tutor que se indica a continuación. Si la parroquia no puede comunicarse con ellos, o con cualquier otra persona designada, entonces autorizo a la iglesia y a sus representantes a comunicarse con el médico de mi hijo o hija y hacer arreglos para un tratamiento de emergencia inmediato. El pago o gastos de todos los servicios médicos (incluidos los gastos relacionados con el transporte médico y la evacuación) serán responsabilidad de los padres o tutores. **Esta autorización médica es válida desde el 1 de junio**       **hasta el 31 de mayo**       y para todos los eventos durante todo el año. Entiendo que es responsabilidad de los padres actualizar este formulario según sea necesario a lo largo del año si surgen cambios.

**Información de contacto**

Nombre legal completo del participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(A) Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(B) Nombre de la madre o tutora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(C) Contacto de emergencia (En el caso de que los padres o tutores no puedan ser contactados)
Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el participante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del proveedor medico**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la aseguradora médica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ #ID o # de Miembro del Seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Expediente médico**

El participante lleva consigo epinefrina inyectable (*Epi-pen*): [ ] No [ ] Sí, Explique las alergias:

El participante lleva consigo un inhalador: [ ] No [ ] Sí, Explique los desencadenantes de las alergias

Indique **todos** los medicamentos que deben ser tomados diario o con regularidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Alergias del participante, si las hay, incluyendo medicamentos y alimentos: \_\_\_\_\_\_\_

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

Condiciones médicas crónicas del participante (p. ej. diabetes, epilepsia, ansiedad, depresión): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otras restricciones físicas del participante o necesidades nutricionales (si las hay): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Otras condiciones médicas, si las hay: (p. ej. Si es propenso/a a sufrir ataques de pánico, desmayos,

uso de monitor de glucosa en la sangre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tratamiento médico adicional:** En el caso de que se notifique o informe a los representantes, voluntarios o empleados de la iglesia que mi hijo o hija se ha enfermado con síntomas tales como vómito, dolor de garganta, fiebre y diarrea, reconozco o autorizo a que se comunicarán conmigo, padre o tutor y es posible que me soliciten que recoja a mi hijo o hija de inmediato.

**Mi hijo o hija puede recibir:** *Tylenol*/Acetaminofén: [ ] No [ ] Sí; *Advil*/Ibuprofeno: [ ] No [ ] Sí;

*Excedrin*/ Aspirina Paracetamol: [ ] No [ ] Sí; Pastillas con mentol para la garganta: [ ] No [ ] Sí;

Benadryl/ Difenhidramina [ ] No [x] Sí; Electrolitos/*Liquid IV* [ ] No [ ] Sí por parte del personal o voluntario de la parroquia de acuerdo con los síntomas que se reporten y las instrucciones en la etiqueta del medicamento.

*EL FORMULARIO CONTINÚA AL REVERSO*

**Exoneración sobre el método de Comunicación:**

 Como parte de nuestro Ministerio de Jóvenes Parroquial, queremos mantenerlo a usted y a su hijo o hija al tanto de las fechas de las reuniones y cambios en nuestro calendario de eventos. Dada la naturaleza de las excursiones y eventos, también podemos utilizar ocasionalmente la información de contacto de su hijo o hija para comunicarnos y garantizar su comodidad y seguridad. Toda la comunicación con su hijo o hija cae bajo la política de comunicación de la Diócesis de Saint Petersburg (disponible en cuanto la solicite) y la información de su hijo o hija no se compartirá con aquellos que no sean miembros del personal de la parroquia, coordinador parroquial del ministerio de jóvenes y líderes de equipo de ministerio de jóvenes. La información de su hijo o hija será utilizada *solamente* para fines del ministerio de jóvenes.

Por la presente, indemnizo y exento de responsabilidad a la Parroquia y a todas las parroquias dentro de la Diócesis de Saint Petersburg, y a todos los empleados, agentes y voluntarios de reclamos, demandas y exigencias que tengo o puedo tener por razón del uso de la información de contacto de mi hijo o hija para los fines establecidos en este comunicado.

\_\_\_ **Sí**, le doy permiso a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mi niño o niña) para comunicarse con el coordinador parroquial del Ministerio de Jóvenes y los líderes del equipo de Ministerio de Jóvenes por medio del uso de su:

Dirección postal física (del menor):

Teléfono celular (del menor):

Correo electrónico (del menor):

\_\_\_**No**, *no le doy* permiso a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mi niño o niña) para comunicarse con el coordinador parroquial del Ministerio de Jóvenes y los líderes del equipo de Ministerio de Jóvenes por medio de su dirección postal, teléfono celular, correo electrónico u otros medios digitales*.*

\_\_\_ A mí, como padre, madre o tutor, también me gustaría recibir cualquier actualización disponible de todas las fechas de las reuniones y cambios en el calendario de eventos.

Dirección postal física (del padre, madre o tutor): [ ] Misma que la del participante

El teléfono celular (del padre, madre o tutor):

Dirección de correo electrónico (del padre, madre o tutor):

Otro (del padre, madre o tutor):

**Exoneración sobre la publicación de foto y videos:**

En ocasiones, se pueden preparar comunicados publicitarios para el boletín parroquial, periódico, televisión, sitio web y otros medios sobre eventos que ocurren en la parroquia. Estos pueden o no estar acompañados de fotos o videos de los participantes del programa de ministerio de jóvenes.

Por la presente, renuncio a cualquier derecho que pueda tener para inspeccionar o aprobar el producto final o la copia de dichas imágenes que puedan usarse en relación con la publicación de fotos y videos. Además, por la presente yo, indemnizo y exento de responsabilidad a la parroquia y a sus agentes de todos los reclamos, demandas y exigencias que tengo o puedo tener por razón del uso del nombre y la imagen de mi hijo o hija para los fines establecidos en este formulario.

\_\_\_ **Sí**, doy permiso para que el nombre y la imagen de mi hijo o hija se incluyan en la publicación de fotos y videos.

\_\_\_ **No**, *no doy* permiso para que el nombre y la imagen de mi hijo o hija se incluyan en la publicación de fotos y videos y conversaré con mi hijo sobre mi deseo de que no aparezca en las fotos de grupo para que no se sienta excluido del grupo.

NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR (en letra de molde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_