



Arquidiócesis de Las Vegas

VIAJE DE CAMPO

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nombre del participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____

Nombre de padre / tutor: _____

Domicilio: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de negocios: _____

Yo/Nosotros, _____ otorgar permiso para mi/nuestro hijo,
Nombre de padre / tutor

_____ para participar en este evento de Parroquia / Escuela /
El nombre del niño

Institución que requiere transporte a un lugar fuera del sitio de la Parroquia / Escuela / Institución. Esta actividad tendrá lugar bajo la guía y dirección de los empleados de la Parroquia / Escuela / Institución y / o voluntarios de

Parroquia / Escuela / Institución

Una breve descripción de la actividad sigue:

Tipo de evento: _____

Fecha del evento: _____

Destino del evento: _____

Individuo a cargo: _____

Hora estimada de salida y regreso: _____

Modo de transporte hacia y desde el evento: _____

(Si usa la exención para múltiples eventos, vea la página 3)

Como padre y / o tutor, yo / nosotros seguimos siendo legalmente responsables por cualquier acción personal tomada por el menor mencionado arriba ("participante"). Como padre y / o tutor, siempre tendremos la supervisión, el control y la responsabilidad de la seguridad de dicho menor.

Cuando sea necesario hacer arreglos para acomodaciones durante la noche para una excursión, la siguiente política Arquidiocesana será efectiva:

- Los estudiantes deben ser compartidos con otros estudiantes solamente.
- Los acompañantes y maestros deben estar compartidos solo con chaperones y maestros.
- No está permitido que un estudiante tenga habitación con un acompañante o maestro.

La proporción de estudiantes a chaperones / maestros no excederá de 8 a 1 para cualquier excursión.

Yo / nosotros acordamos en mi nombre, en el de mi hijo aquí mencionado, o en el de nuestros herederos, sucesores y cesionarios, liberar y renunciar a cualquier reclamo por daños que yo / nosotros o nuestro hijo tengamos para liberar y dar de baja por adelantado las partes nombradas en lo sucesivo y además acuerdan indemnizar, eximir de responsabilidad y defender al Arzobispo de Las Vegas, y sus sucesores, un solo de la Corporación (La Diócesis de Las Vegas), sus oficiales, directores y agentes, voluntarios, chaperones, y / o representantes, y la Parroquia / Escuela / Institución de cualquier responsabilidad que surja de o en

(Parroquia / Escuela / Institución)

conexión con mi hijo asistiendo al evento o en conexión con cualquier enfermedad o lesión o costo de tratamiento médico en relación con esto, y yo / nosotros también acordamos compensar a la Parroquia / Escuela / Institución y la Diócesis, sus oficiales, directores, agentes, voluntarios, acompañantes y / o representantes asociados con el evento por honorarios razonables de abogados y gastos que surjan en relación con el evento.

Firma: _____ Fecha: _____

Imprimir nombre: _____

ASUNTOS MÉDICOS: Por este medio garantizo que, a mi leal saber y entender, mi / nuestro hijo goza de buena salud, y yo / nosotros asumimos toda la responsabilidad por la salud de mi / nuestro hijo. (DE LAS SIGUIENTES DECLARACIONES RELACIONADAS CON ASUNTOS MÉDICOS, FIRMAR SOLAMENTE LAS QUE SON APLICABLES).

Tratamiento médico de emergencia: en caso de una emergencia, doy / doy permiso por la presente para transportar a mi hijo a un hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Deseo / queremos que se nos informe antes de cualquier tratamiento adicional por parte del hospital o el médico. En caso de una emergencia, si no puede comunicarse conmigo / a los números anteriores, comuníquese con:

Nombre y relación: _____ teléfono #: _____

Nombre y relación: _____ teléfono #: _____

Médico de familia: _____ teléfono #: _____

Operador de plan de salud familiar: _____ # De política _____

Firma: _____ Fecha: _____

Medicamentos: Mi hijo está tomando medicamentos en la actualidad. Mi hijo traerá todos los medicamentos necesarios, y dichos medicamentos estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas para ver que el niño toma dichos medicamentos, incluida la dosis y la frecuencia de la dosis, son los siguientes:

Firma: _____ Fecha: _____

No se puede administrar ningún medicamento de ningún tipo, ya sea recetado o sin receta, a mi hijo a menos que la situación sea potencialmente mortal y se requiera tratamiento de emergencia:

Firma: _____ Fecha: _____

Por la presente, yo/Nosotros otorgamos permiso para que se le administren medicamentos sin receta (como acetaminofén, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) a mi hijo si se considera apropiado.

Firma: _____ Fecha: _____

Información Médica Específica: La Parroquia / Escuela / Institución tendrá un cuidado razonable para asegurarse de que la siguiente información se mantendrá confidencial.

Reacción alérgica (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.): _____

Vacunas: fecha de la última vacuna contra el tétanos / difteria: _____

¿El niño tiene una dieta prescrita por un médico? _____

¿Hay alguna limitación física? _____

¿Está el niño sujeto a la nostalgia crónica, a las reacciones emocionales a nuevas situaciones, al sonambulismo, a la enuresis y al desmayo?

Debe conocer estas condiciones médicas especiales de mi hijo: _____

ESTA PUBLICACIÓN DEBE SER FIRMADA POR AMBOS PADRES. Si solo uno de los padres firma este documento, ese padre presenta y garantiza a la Diócesis que es el único padre con la custodia del alumno participante con la autoridad para firmar este formulario de exención y liberación.

Firma de la padre: _____ Fecha: _____

Firma de la madre: _____ Fecha: _____

Número de teléfono del padre (s) en caso de emergencia: _____ or _____

