

DIOCESIS DE OAKLAND
AUTORIZACION DE LOS PADRES DE FAMILIA, AUTORIZACION PARA
ATENCION MEDICA EN CASO DE EMERGENCIA Y CONVENIO DE EXENSIÓN DE RESPONSABILIDAD.
(Consérvese una copia de esta forma durante todas las actividades de este Ministerio)

EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A (otra persona que no sean los papás o responsables):

Nombre _____ Parentesco con la familia: _____
Teléfono _____ Dirección _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

Indique si usted autoriza que el adulto encargado de su hijo/hija permita su tratamiento médico en caso de emergencia si un médico así lo recomienda. Si NO
Explique la razón o las razones por las cuales usted no quiere atención médica para su hijo/hija en caso de emergencia.

Indique para **CADA UNO DE SUS HIJOS** si ha/n padecido o padece de los siguientes problemas médicos (anote solo los que sean necesarios)

Nombre de el/la menor _____ Fecha del último examen médico: _____
Asma ___ Desmayos ___ Epilepsia ___ Diabetes ___ Corazón ___ Ojos ___ Oídos ___ Nariz ___ Garganta ___ Pulmones ___
Digestión ___ Problemas menstruales ___ Anote las condiciones (como alergias, ataques físicos) por los cuales su hijo/hija requiere medicamento actualmente. Favor de indicar: (1) el tipo de medicamento, (2) la dosis y (3) la frecuencia de administración

Nombre del médico de la familia _____ Teléfono _____ Dirección: _____
Plan médico _____ Número de plan _____
Anote cualquier limitación o impedimento físico que pueda causarle a su hijo/hija dificultades tocantes a su participación en las actividades parroquiales o deportivas de SAN FRANCIS. _____

Nombre de el/la menor _____ Fecha del último examen médico: _____
Asma ___ Desmayos ___ Epilepsia ___ Diabetes ___ Corazón ___ Ojos ___ Oídos ___ Nariz ___ Garganta ___ Pulmones ___
Digestión ___ Problemas menstruales ___ Anote las condiciones (como alergias, ataques físicos) por los cuales su hijo/hija requiere medicamento actualmente. Favor de indicar: (1) el tipo de medicamento, (2) la dosis y (3) la frecuencia de administración

Nombre del médico de la familia _____ Teléfono _____ Dirección: _____
Plan médico _____ Número de plan _____
Anote cualquier limitación o impedimento físico que pueda causarle a su hijo/hija dificultades tocantes a su participación en las actividades parroquiales o deportivas de SAN FRANCIS. _____

Nombre de el/la menor _____ Fecha del último examen médico: _____
Asma ___ Desmayos ___ Epilepsia ___ Diabetes ___ Corazón ___ Ojos ___ Oídos ___ Nariz ___ Garganta ___ Pulmones ___
Digestión ___ Problemas menstruales ___ Anote las condiciones (como alergias, ataques físicos) por los cuales su hijo/hija requiere medicamento actualmente. Favor de indicar: (1) el tipo de medicamento, (2) la dosis y (3) la frecuencia de administración

Nombre del médico de la familia _____ Teléfono _____ Dirección: _____
Plan médico _____ Número de plan _____
Anote cualquier limitación o impedimento físico que pueda causarle a su hijo/hija dificultades tocantes a su participación en las actividades parroquiales o deportivas de SAN FRANCIS. _____

SE RECOMIENDA INSISTENTEMENTE QUE CADA MENOR TENGA UN EXAMEN MEDICO ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER ACTIVIDAD DEPORTIVA.
PERMISO DEL PADRE O DE LA MADRE, DE LOS RESPONSABLES Y RECONOCIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE EDUCACION RELIGIOSA

- Yo/nosotros, padre/madre/responsables doy/damos autorización y permiso a nuestro/a hijo/a nombrado/a anteriormente en este documento para que participe en el programa de: **CATEQUESIS** y en todas las actividades relacionadas con dicho Ministerio.
 - Yo/nosotros consiento/consentimos a instruir a mi/nuestro/a hijo/a para que coopere y siga las instrucciones del personal o de los líderes mayores voluntarios en el Ministerio de **Educación Religiosa de San Francis**.
 - Yo/nosotros consiento/consentimos a ser responsables por todos los gastos médicos relacionados con la herida o heridas de mi/nuestro/nuestra/o hijo/a, como resultado de cualquier actividad del **Ministerio de Catequesis**, ya sean o no sean causadas por la negligencia de la parroquia, del personal, agentes o voluntarios u otros participantes en el programa de **Educación Religiosa**. También, nos hacemos responsable de gastos adquiridos por causa del daño cometido por nuestro hijo/a/s a la propiedad, instalaciones, equipos, etc... de la Parroquia o Escuela de San Francis.
 - Yo/nosotros comprendo/comprendemos que menores que participan en las actividades del ministerio juveniles se arriesgan a lastimadura del cuerpo, o a la psique y a daño a la propiedad a sí mismos y a otros. Tales lastimaduras pueden resultar causadas por compañeros de clases, otras personas o infligidas por casualidad o intencionalmente por instalaciones o equipo defectuosos, condiciones físicas del ambiente deportivo o de las escuelas o parroquias en las cuales tienen lugar las actividades deportivas y accidentes de tránsito cuando hay necesidad de transportación o por la actividad misma.
- Que el padre, la madre o responsable ha leído este Convenio, **bajo su propia voluntad firman el Convenio**, y que no se han hecho ningunas declaraciones, afirmaciones ni instigaciones verbales aparte del contenido de este Convenio escrito.

He leído este Convenio y comprendo todo lo escrito anteriormente.

_____ Fecha _____
Firma del padre, o del responsable

_____ Fecha _____
Firma de la madre o de la responsable