



Diocese of Raleigh

Secretariat for Lay Formation, Marriage, and Family Life

Youth Registration and Medical Release Form 2017-18

Información del Joven Participante

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Hombre Mujer Grado: _____ Parroquia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Telefónico: _____ Enviar mensaje de recordatoria a través de un texto (opcional)

Correo Electrónico: _____

Información de Contacto del Padre/Guardián

Nombre del Padre/Guardián: _____ Relación: _____

Teléfono de celular: _____ Correo Electrónico: _____

Otro Contacto: _____ Relación: _____

Teléfono de celular: _____ Correo Electrónico: _____

Medical Release

Favor de leer y colocar sus iniciales

____ Doy permiso para que, en caso de emergencia, mi hijo/a sea llevado al hospital o al médico por el líder de los jóvenes, miembro del personal diocesano o parroquial. Entiendo que se hará el esfuerzo para contactarme en caso sea necesario. Pero, en el caso de que no puedan contactarme, doy permiso al médico escogido de implementar el tratamiento adecuado, incluyendo hospitalización o cirugía si se considera necesario para mi hijo/a.

____ Por medio del presente autorizo a cualquier miembro del personal para que suministre los siguientes medicamentos que mi hijo/a necesite. (Nota: la categoría de medicamentos están abajo; se puede usar una marca diferente.) La dosis no puede exceder la recomendación del fabricante. Marque todo el que aplique:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acetaminophen (Tylenol) Relief | <input type="checkbox"/> Cough (Robitussin) |
| <input type="checkbox"/> Ibuprofen (Advil) | <input type="checkbox"/> Antacids (Tums/Rolaids) |
| <input type="checkbox"/> Naproxen (Aleve) | <input type="checkbox"/> Topical Antibiotic (Neosporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistamine (Benadryl) | <input type="checkbox"/> Allergy Relief (Claritin/Zyrtec) |

He revisado cuidadosamente la información médica arriba; según mi conocimiento. Si hay cualquier cambio en el estado físico de mi hijo/a, inmediatamente notificaré a los coordinadores del evento.

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

Información Médica y Dieta

Por favor enliste cualquier alergia, restricción de dieta o condiciones médicas: _____

Si su hijo/a está bajo algún medicamento, Por favor escriba las prescripciones abajo.

Nombre del Medicamento	Proposito del medicamento	Cantidad suministrada	A que hora	# de veces por día	Otras instrucciones

Note: Los medicamentos serán administrados por el coordinador adulto, al menos que el Padre/Guardian indique lo contrario.

Seguro Médico: _____ Número de Póliza: _____

Photography/Video Disclaimer

___ (Colocar iniciales): Estoy consciente de que se tomaran fotografías/videos de los participantes durante este evento para uso de publicidad, pagina web u otros materiales por la Diócesis de Raleigh. Los participantes no serán identificados sin el consentimiento de ellos por escrito. Los padres/guardianes que no estén de acuerdo que se les tomen fotografías/videos notificaran por escrito a la oficina de Youth and Young Adult Ministry Diocese of Raleigh.

Parent/Guardian Authorization and Release of Liability

Doy permiso para que mi hijo/a _____, participe en el evento mencionado arriba. Entiendo que para este evento se requiere transportación a _____.

Me hago completamente responsable de cualquier acción personal de mi hijo/a. Y me aseguro de que mi hijo/a no posee drogas, alcohol, tabaco, armas de fuego o cualquier otro tipo de arma durante el evento. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a cumpla con todas las indicaciones durante el evento dadas por el personal o voluntarios; cualquier comportamiento ofensivo, inmoral, ilegal durante este evento, se me notificará para que inmediatamente recoja a mi hijo/a. Descargo de obligación legal la Diócesis de Raleigh, _____ (nombre de la parroquia) y todos sus agentes y voluntarios, de lesiones o enfermedades que puedan incurrir a mi hijo/a.

Firma: _____ Fecha: _____

Payment and Scholarships