

**PERMISO DE LOS PADRES - ANUAL  
CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD  
Para Comunicación y Publicación de Fotos**

**PARA UTILIZAR DIVERSOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:**

Durante el año que su hijo(a)/joven pertenece al grupo juvenil de la Parroquia tratamos de mantenerlos al día con el horario de las reuniones y /o cambios en nuestros calendarios de eventos. Con la Implementación de las Pólizas de Ambiente Seguro dentro de la Diócesis de St. Petersburg, estamos pidiendo su consentimiento o permiso para las siguientes cosas:

\_\_\_ **Si**, Yo doy permiso a mi Hijo(a) \_\_\_\_\_ para comunicarse con el coordinador del grupo de jóvenes de la parroquia o con el líder del grupo a traves es de su:

**(Por favor marque todos los que aplican)**

- Dirección Electrónica** \_\_\_\_\_
- Facebook** \_\_\_\_\_
- Instagram** \_\_\_\_\_
- Mensajes de Texto** \_\_\_\_\_
- Teléfono Celular** \_\_\_\_\_
- Por Correo Postal** \_\_\_\_\_

Yo también doy permiso al coordinador de la parroquia del Ministerio de Jóvenes y / o a los líderes de los grupos de jóvenes para que utilicen estos medios y esta información para comunicarse con el /ella. Entendemos que las direcciones recibidas a traves del ministerio de jóvenes de las parroquias serán utilizadas solamente para asuntos de dicho ministerio.

\_\_\_ **No**, Yo no doy permiso a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ para comunicarse con el coordinador del grupo de jóvenes de la parroquia o con los líderes de los grupos de su:

**(Por favor marque todos los que aplican)**

- Dirección Electrónica** \_\_\_\_\_
- Facebook** \_\_\_\_\_
- Instagram** \_\_\_\_\_
- Mensajes de Texto** \_\_\_\_\_
- Teléfono de la Casa** \_\_\_\_\_
- Teléfono Celular** \_\_\_\_\_
- Por Correo Postal** \_\_\_\_\_

\_\_\_ Yo, Como padre o guardián quisiera recibir también un e-mail con los cambios de fechas de las reuniones o del calendario de eventos. Mi dirección electrónica es: \_\_\_\_\_.

**RELEVO DE RESPONSABILIDAD PARA PUBLICIDAD Y PUBLICACIÓN DE FOTOS:** De vez en cuando preparamos comunicados de prensa o publicaciones para periódicos, televisión u otros medios con eventos que ocurren en la parroquia. Estos pueden **o no** estar acompañados de fotos o videos de los jóvenes o estudiantes. Estos comunicados pueden ser preparados por \_\_\_\_\_, el cual es representante de la parroquia, o de un medio de comunicación.

Yo, **doy** Permiso \_\_\_\_\_ Yo, **no** doy permiso \_\_\_\_\_ para que la imagen (fotos, video) y el nombre de mis estudiantes (hijos) mencionados aquí estén incluidos en estas publicaciones o comunicados de prensa.

(Página Siguiente)

**PERMISO DE LOS PADRES - ANUAL  
CONSENTIMIENTO Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD  
Para Atención Médica**

En caso de un accidente o una enfermedad seria la parroquia citada anteriormente contactará a los padres o guardianes nombrados a continuación. Si la parroquia no puede contactar a los padres o guardianes o a cualquier otra persona designada, por medio de la presente yo autorizo a la parroquia y a sus representantes a contactar al médico de mi hijo(a) o de hacer los arreglos para el tratamiento inmediato de emergencia. Los padres serán los responsables del pago de todos los gastos incurridos por dichos servicios. Esta forma de consentimiento y relevo de responsabilidades es válida desde el **1ro de agosto del \_\_\_\_\_ hasta el 31 de julio del \_\_\_\_\_** y para todos los eventos durante el año.

**Es responsabilidad de los padres el mantener esta forma al día durante todo el año y de hacer cambios cuando sean necesarios.**

Nombre del Joven \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

En caso de emergencia contactar a \_\_\_\_\_

Nombre del doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ ID # de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo \_\_\_\_\_ Nombre así como aparece en la tarjeta \_\_\_\_\_

Información Médica

Liste todas las medicinas que toma diariamente o regularmente:

\_\_\_\_\_

Alergias (del joven o participante) incluyendo medicinas y o alimentos:

\_\_\_\_\_

Problemas de salud crónicos (del joven o participante) como diabetes, epilepsia etc.

\_\_\_\_\_

Otras restricciones físicas o de dieta (del joven o participante) \_\_\_\_\_

Fecha de la última vacuna contra el Tétano: \_\_\_\_\_ Otra información medica \_\_\_\_\_

**Otros Tratamientos Médicos**

En caso que algún representante de la parroquia, voluntario o empleado tenga conocimiento que mi hijo(a) esta enfermo, con síntomas de dolor de cabeza, vomito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llamen por cobrar (Yo seré responsable por el pago de la llamada)

**Pueden suministrarle a mi hijo(a):**

Tylenol (marque sí o nó) \_\_\_\_\_ Ibuprofen (marque sí o nó) \_\_\_\_\_ Pastillas para la garganta (marque sí o nó) \_\_\_\_\_ Benadryl (marque sí o nó)

Firma del Padre o Guardián

Fecha

**STATE OF FLORIDA, COUNTY OF \_\_\_\_\_**

Sworn to and subscribed before me this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ who [ ] is personally known to me, or [ ] who produced the following as identification \_\_\_\_\_

(SEAL)

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

\_\_\_\_\_  
Typed or printed name

Commission No. \_\_\_\_\_