

MINISTERIO CATOLICO JUVENIL – DIOCESIS DE SACRAMENTO
FORMA DE PARTICIPACION DE ADULTOS ACOMPAÑANTES/CHAPERON

Esta forma es para uso expreso del ministerio juvenil para las edades de High school/ Middle school (Preparatoria y Secundaria) de la Diocesis de Sacramento. No fue creada para uso de las escuelas y secundarias Católicas, de la Parroquia o del programa de Catequesis. Esta forma permanece en efecto por un año a partir del día en que se firme.

Chaperon(a) / Adulto Participante _____ Fecha de nacimiento (mes/dia/ano) _____

Domicilio / Address: _____

Ciudad / Estado / Codigo Postal: _____

Numero de telefono de casa (incluye el area): _____

Numero de telefono en de trabajo / celular (incluye el area): _____

TRATAMIENTO MEDICO EN CASO DE EMERGENCIA: En caso de una emergencia, yo doy permiso a la Diocesis de Sacramento, las parroquias dentro de la Diocesis, sus empleados, agents, representantes, y voluntarios , de transportarme al Hospital medico mas cercano, para recibir ayuda medica, quirurgicam dental o cualquier otro tratamiento necesario. Asi mismo doy mi consentimiento a los individuos arriba mencionados a autorizar que se me proporcione tratamiento medico de emergencia. En caso de una emergencia, por favor contactar a:

NOMBRE: _____

RELACION: _____

TELEFONO (incluye el area): _____

DOCTOR FAMILIAR: _____

TELEFONO (incluye el area): _____

PLAN SEGURO MEDICO FAMILIAR: _____

NUMERO DE POLISA DE SEGURO: _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

(1) Firma _____ Fecha _____

MEDICAMENTO: En esta momento estoy tomando medicamentos. Yo traeré estos medicamentos, ya que son necesarios para mi; estos medicamentos estaran apropiadamente marcados con mi nombre, el nombre del medicamento e instrucciones concisas de como tomarlos, incluyendo la frecuencia y cantidad de las dosis.

INFORMACION MEDICA ESPECIFICA: La Diocesis de Sacramento tendra cuidado razonable para que esta información se maneje de forma confidencial.

Reacciones Alergicas (a medicamentos, alimentos, plantas, insectos)

Vacunas: Fecha de las ultima vacuna de tetano y difteria

Se le ha prescrito a usted alguna dieta especial?

Tiene usted alguna limitación física? ____ Si contesto que si, explique brevemente.

Ha sido usted expuesto a alguna de las enfermedades contagiosas siguientes? Paperas, viruelas, tuberculosis, etc.? Si contesto que si, explique brevemente:

Explique tambien si tiene alguna condición medica especial y que medicamentos usa para ella:

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD: Por el valor que se le da a este documento, yo estoy en el conciente acuerdo de mi mismo, de que mis familiars, mis heredesos y mis sucesores asignados liberen descarten y mantengan fuera de toda culpa a la DIOCESIS DE SACRAMENTO, parroquias de la misma, la oficina de Ministerio Juvenil, su personal, oficiales, directores, agents, voluntarios, patrocinadores, promotores, y afiliados, de cualquier y toda culpa, reclamo, perdida, lastimadura, gastos y costos que se hagan en mi favor.

Yo comprendo y entiendo la declaracion arriba mencionada y firmo esta forma de CONSENTIMIENTO Y LIBERACION DE RESPONSABILIDAD , estando en mi entera conciencia, libertad y voluntad propia. **Su firma debe aparecer en la linea de abajo o de otra forma no se le permitira servir como Adulto Participante/Chaperon/a en el Ministerio Juvenil de la Diocesis de Sacramento.**

(2) Firma _____ Fecha _____

Estar en posesion de bebidas alcoholicas, drogas o armas de fuego, sera causa para su despido automatico de cualquier evento u actividad dentro del Ministerio Juvenil de la Diocesis de sacramento. Yo me comprometo a mantener un comportamiento acceptable y dar ejemplo de los valores Catolicos y morales cuando me ecuentre dentro de cualquier actividad, evento o programa del Ministerio Juvenil. **Su firma debe aparecer en la linea de abajo o de otra forma no se le permitira servir como Adulto Participante/Chaperon/a en el Ministerio Juvenil de la Diocesis de Sacramento.**

(3) Firma _____ Fecha _____