

COMPLETAR UN FORMULARIO POR CADA NIÑO. Formas adicionales están disponibles en el Gathering Space y la Oficina del Formation Center.

**FORMA "A": CONSENTIMIENTO ANUAL Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**



**DIÓCESIS DE WILMINGTON**

**PARROQUIA / INSTITUCIÓN ANUAL DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES Y FORMA**

**PARROQUIA / ESCUELA** \_\_\_\_\_

**INFORMACION PERSONAL**

Nombre completo del estudiante			
Dirección			
Ciudad	Estado	Codigo Postal	
Numero de telefono	Fecha de nacimiento _ / _ / _		Edad
Dirección electronica del participante			
Numero de celular del participante			

Proporcionar dirección de correo electrónico y número de celular concede permiso para la comunicación electrónica del líder de grupo del participante en lo que respecta a todas las actividades del grupo, de acuerdo con las directrices diocesanas.

**Información médica**

Médico Familiar		Telefono	
Dentista Familiar		Telefono	
Proveedor seguro medico		Numero de poliza:	Numero de identificación:

- \*  Sí  No ¿La persona joven visto alguna vez un especialista del corazón por una enfermedad del corazón?
- \*  Sí  No ¿El joven ha tenido una fractura en los últimos seis (6) meses?
- \*  Sí  No ¿El joven fue operado en los últimos seis (6) meses?
- \*  Sí  No ¿El joven está tomando medicamentos recetados (s) que pueden inhibir la actividad física extenuante?
- \*  Sí  No ¿La persona joven alérgico/ca a las picaduras de abejas? \*\*
- \*  Sí  No ¿La persona joven tiene asma? \*\*
- \*  Sí  No ¿Hay alguna condición médica grave que el Director del Ministro de Juventud / Coordinador de Educación Religiosa, Principal / Enfermera Escolar debe ser consciente? \*

\* Si usted contestó "sí" a cualquiera de las preguntas, es la responsabilidad del padre / guardián para consultar con parroquia / escuela representantes para asegurar esos artículos estén disponibles para no poner en peligro al participante.  
 \*\* CYM requiere que los atletas sean capaces de auto-administrarse el inhalador epi-pen y / o sin asistencia.

Medicamentos por Prescripción actuales	
Alergias a Medicamentos	
Alergias a los Alimentos	

Si es necesario, el líder del grupo se le permite administrar los siguientes medicamentos sin receta a mi hijo::

- Advil     Tylenol     Motrin     Aleve     Halls (para la tos)     Imodium     Calamine Lotion
- Claritin/Zyrtec     Benadryl     Robitussin (para la tos)     Triple Antibiotic Ointment     Other \_\_\_\_\_

**Información de los Padres / Guardián (Madre)**

Nombre completo de la madre / madrastra	
Teléfono de la casa	
Teléfono celular	
Lugar de Empleo	
Teléfono del trabajo	

**Información de los Padres / Guardián (Padre)**

Nombre completo del padre / padrastra	
Teléfono de la casa	
Teléfono celular	
Lugar de Empleo	
Teléfono del trabajo	

Escuela		Maestro/a		Grado		Salón	
---------	--	-----------	--	-------	--	-------	--

Apellido Nombre

Primer Nombre

Grado

Domingo ~ Lunes ~ Miércoles ~ Jueves ~ WWCC Estudio del Hogar

(Marque uno)

Domingo ~ Lunes ~ Miércoles ~ Jueves ~ WWCC Estudio del Hogar

**En caso de emergencia**

Los siguientes procedimientos serán llevados a cabo, si su hijo se enferma o es herido, o tiene que ser enviado a casa por motivos disciplinarios. Se realizaran llamadas a los números siguientes, en el orden siguiente.

1. casa
2. Los teléfonos móviles de la Madre / Padre / Guardián
3. Lugar de trabajo para la Madre / Padre / Guardián
4. Ambulancia para el transporte de los niños a un centro médico (en caso de una herida). En caso de una herida grave que requiere atención médica inmediata, una ambulancia se puede llamar primero.

El personal continuará llamando a los padres o guardián hasta que sean contactados. Nota: la información en este formulario será compartida con el personal médico de emergencia.

**Dispositivos Tecnología electrónicos personales (PTD)**

Todos los dispositivos tecnológicos de propiedad privada, incluyendo, pero no limitado a, teléfonos celulares, Blackberry, localizadores (GPS), dispositivos de juegos, auriculares y otros dispositivos de comunicación son para uso exclusivo en un caso de emergencia. Otros dispositivos, incluyendo, pero no limitado a, tablet PCs, presentadores móviles, tabletas inalámbricas, digitales grabadoras de audio y video, Palm, Sidekicks, iPods, Kindles, iPads, reproductores de MP3, celulares de mensajes de texto, video cámara móviles, cámaras digitales o computadoras portátiles deben ser utilizados sólo cuando el permiso haya sido concedido por un empleado de la organización con la autoridad para otorgar tal permiso. Los dispositivos capaces de captar, transmitir o almacenar imágenes o grabaciones no se pueden utilizar o activar en los baños, vestuarios u otros áreas en las que existe una expectativa razonable de privacidad. Para proteger la seguridad y el bienestar de los estudiantes, el personal y la propiedad personal de otro miembro de la comunidad y para evitar interferencias en el ambiente de aprendizaje, los líderes del grupo, profesores o personal de la escuela se reservan el derecho a confiscar o recoger el PTD. El contenido de cualquier dispositivo PTD puede ser revisadas por un acompañante o un funcionario designado como parte de una investigación de violación de políticas o de otro sospechoso uso inadecuado, inmoral y / o ilegal. Si se descubre un acto ilegal, las fuerzas del orden locales serán contactados. La Diócesis Católica de Wilmington y sus parroquias y las organizaciones no son responsables de ningún daño, incluyendo por no limitado a la pérdida, robo, daño o destrucción de PTD o cualquier contenido del mismo.

**Permiso y eliminación de responsabilidad**

**Por la presente doy mi consentimiento** para que el estudiante antes mencionado pueda participar en las actividades juveniles de la parroquia / escuela antes mencionado durante el año del programa actual. **Yo autorizo** al personal responsable de obtener los tratamientos médicos adecuados en caso de ser necesario. Excluyendo las heridas intencionales, deliberadamente-infligidas y causó ilegalmente. **Considerando lo anterior** llamado patrocinio de programas benéficos para jóvenes de la parroquia, para liberar la parroquia, la diócesis católica de Wilmington, y todos sus empleados, directores, administradores, ministros de la juventud y voluntarios de toda responsabilidad legal por heridas accidentales sufridos por mi hijo como resultado de la participación en atletismo actividades o viajes desde y hacia cualquier evento sancionado oficialmente. Proveyendo; sin embargo, ese recurso esta reservado para cubrir los costos por daños medicos, hospitalizacion, corte, incurridos por el niño cuando exista un evenyo oficial sancionad de cualquier compañía de seguro; hasta la extencion de la cubierta. De no puedo ser localizado, y las autoridades parroquiales / escolares han seguido los procedimientos descritos, estoy de acuerdo en asumir todos los gastos de transporte y el tratamiento medico del estudiante. Yo también doy mi consentimiento a cualquier tratamiento, cirugía, los procedimientos de diagnóstico que pueden llevarse a cabo sobre la base de la opinión médica. **Entiendo que la Diócesis de Wilmington** y su personal están comprometidos a proporcionar experiencias divertidas, sanas y educativas y que los eventos diocesanos se llevan a cabo en ambientes libres de humo, alcohol y drogas. En vista de ello, y para ayudar a garantizar la seguridad de todos los interesados, entiendo que si mi hijo está en posesión de drogas, alcohol o tabaco, se involucra en conductas ilegales, inmorales u ofensivos, o se niega a seguir las instrucciones dadas por el personal del evento o voluntaries durante su participación en esta actividad, se pondrán en contacto de inmediato para que recoja a mi hijo.

**Yo entiendo** que las fotos promocionales (individuales y grupales) pueden tomar durante los eventos autorizados oficialmente. Doy permiso para que la foto de mi hijo / hija que se utilizará para los materiales de promoción (boletín, página web, calendarios, etc) el poder para poner de relieve el evento. Entiendo, sin embargo, que la parroquia / institución antes mencionada no tiene ningun control sobre el uso de la fotografía o película tomada por los medios de comunicación o proveedores privados que pueden estar cubriendo eventos.

**Afirmo** que la información anterior es verdadera y correcta, y puede ser compartida con el personal de la escuela en una "necesidad básica".

Firma del padre u/o Guardián legal \_\_\_\_\_

Relación con el participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Año Escolar \_\_\_\_\_

Dato de Registracion \_\_\_\_\_

**ST. ELIZABETH ANN SETON FORMULARIO DE REGISTRO DEL MINISTERIO DE LA JUVENTUD**

Estan registrados en la parroquia de St. Elizabeth Ann Seton?  Sí  No

Apellido de familia registrado en la parroquia: \_\_\_\_\_ Numero de sobres # \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ESTUDIANTIL**

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre)

Direccion: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad, Estado) (Zona postal)

Nombre de la escuela que asiste: \_\_\_\_\_ Telefono de casa \_\_\_\_\_ Telefono Celular \_\_\_\_\_ Correo electronico \_\_\_\_\_

¿Desea recibir avisos de texto?  Sí  No ¿Quieres recibir avisos por correo electrónico?  Sí  No

¿Asiste a clases de catecismo en la parroquia Seton?  Sí  No ¿SI? (Grado que asiste) \_\_\_\_\_

¿Asiste al Ministerio de La Juventud para completar los requisitos diocesanos para los Sacramentos de la Eucaristía o la Confirmación?  
 Sí  No

Condiciones médicas \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES**

Estado civil \_\_\_\_\_ Casados \_\_\_\_\_ Separados \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Soltero

Su niño vive con:  Los dos Padres  Custodia compartido  Padre  Madre  Guardián legal  Custodia

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre)

Direccion (si es distinto al estudiante): \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad, Estado) (Zona postal)

Telefono de casa \_\_\_\_\_ Telefono Celular \_\_\_\_\_ Correo electronico \_\_\_\_\_

¿Desea recibir avisos de texto?  Sí  No ¿Quieres recibir avisos por correo electrónico?  Sí  No

**Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre)

Direccion (si es distinto al estudiante): \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad, Estado) (Zona postal)

Telefono de casa \_\_\_\_\_ Telefono Celular \_\_\_\_\_ Correo electronico \_\_\_\_\_

¿Desea recibir avisos de texto?  Sí  No ¿Quieres recibir avisos por correo electrónico?  Sí  No

**Nombre del Guardián Legal o Custodia:** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre)

Direccion (si es distinto al estudiante): \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad, Estado) (Zona postal)

Telefono de casa \_\_\_\_\_ Telefono Celular \_\_\_\_\_ Correo electronico \_\_\_\_\_

¿Desea recibir avisos de texto?  Sí  No ¿Quieres recibir avisos por correo electrónico?  Sí  No

**Contacto de Emergencia** (distinto de los mencionados anteriormente): Nombre: \_\_\_\_\_ (Telefono) \_\_\_\_\_

**PERMISOS (MARQUE SUS INICIALES SÍ / NO EN LOS ESPACIOS DISPONIBLES PARA CADA UNO).**

Doy mi permiso para que el alumno arriba mencionado reciba información relacionada con el Ministerio de la Juventud por correo electrónico y/o texto de la parroquia de St. Elizabeth Ann Seton.....  Sí  No

Doy mi permiso para que el estudiante arriba mencionado maneje a los eventos relacionados con el Ministerio de Juventud  Sí  No

Cualquier persona adicional que esté autorizada a recoger a su estudiante después de las reuniones y eventos relacionados con el Ministerio de Juventud:

_____ (Nombre)	_____ (Relacion al estudiante)	_____ (Telefono)
_____ (Nombre)	_____ (Relacion al estudiante)	_____ (Telefono)
_____ (Nombre)	_____ (Relacion al estudiante)	_____ (Telefono)

Firma de Padres/Guardián Legal o Custodia \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO ANUAL Y PARA FOTOGRAFÍA, VIDEO Y PERMISO PARA COMUNICACIÓN vía celular, correo electrónico, red de el internet or sociales.**

**DIÓCESIS DE WILMINGTON**

**Formulario Anual de Consentimiento y Permiso de Padres**

**Parroquia / Escuela** St. Elizabeth Ann Seton  
Ministerio de Jovenes

**Informacion personal**

Nombre Completo del Niño: \_\_\_\_\_

Nombre completo de madre/padre o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono de hogar: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

E-Mail del participante: \_\_\_\_\_ Teléfono celular del participante: \_\_\_\_\_

***Lo siguiente otorga permiso para la comunicación electrónica del via correo electrónico y número celular.***

**Por la presente doy mi consentimiento** para que el joven listado sea contactado por St. Elizabeth Ann Seton Ministerio de Jovenes (James Holman, Millie Acosta, Thomas y Cindy Vadden) a través de: ( Marque todos los que apliquen)

Teléfono celular/Texto;  Correo electronico;  Facebook designado para nuestro programa;  Instagram

**Entiendo** que las fotos promocionales (individuales y en grupo) pueden ser tomadas durante eventos oficialmente por el Ministerio de Jovevnes. Doy permiso para que la foto de mi hijo / hija se use para materiales promocionales (boletín informativo, página web, calendarios, presentaciones, etc.) para promover el evento.  Sí;  No

Entiendo, sin embargo, que la parroquia / institución antes mencionada no tiene control sobre el uso de fotografía o película tomada por medios o vendedores privados que puedan estar cubriendo eventos.

**Por la presente doy mi consentimiento** para que el joven que aparece en la lista sea fotografiado por la St. Elizabeth Ann Seton Ministerio de Jovenes. Tenga en cuenta que las fotografías pueden utilizarse para folletos y carteles en nuestra parroquia y en el sitio web de la parroquia.  Sí;  No

Por este medio deseo ser incluido(a) en toda comunicación electrónica del grupo.  Sí;  No

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / tutor: \_\_\_\_\_

Relación al participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_