



CATHOLIC DIOCESE OF PEORIA, IL

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA JÓVENES PARTICIPANTES Y/O VOLUNTARIOS

2022-2023

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO GENERAL: Solicito que mi hijo/a, _____, sea admitido/a como participante/voluntario/a en el (evento) _____ ubicado en _____ que tiene lugar en _____.

Por la presente libero y estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad a mi Parroquia, _____ su personal y sus empleados y agentes, voluntarios, y a la Diócesis Católica de Peoria, Illinois de cualquiera y toda responsabilidad, por lesiones, daños, gastos médicos o cualquier otra pérdida para mis hijos o familia, incluyendo honorarios de abogados, que surjan de reclamaciones de cualquier naturaleza de la participación/voluntariado de mi hijo/a en este evento.

GRABACIÓN DE VIDEO, FOTOGRAFÍAS FIJAS Y GRABACIONES DE AUDIO: Durante este evento se pueden tomar vídeos, fotografías fijas, y grabaciones de audio. Este formulario de consentimiento constituye un permiso para la participación de mi hijo/a en la grabación de video, fotografías fijas y/o grabaciones de audio, que pueden ser utilizadas para futuros esfuerzos promocionales, incluyendo el sitio web de la Diócesis de Peoria.

CÓDIGO DE CONDUCTA: Como voluntario, él o ella está representando a nuestra parroquia/escuela durante este evento, y esperamos que nos represente bien. Esperamos que él/ella muestre un comportamiento maduro y responsable, lo que durante muchos años ha caracterizado a los jóvenes y adultos de nuestra Diócesis.

ALGUNAS EXIGENCIAS:

1. Se espera que todos los participantes lleguen a tiempo.
2. Se espera que todos los participantes demuestren cortesía y respeto en todo momento. No se tolerará un lenguaje o comportamiento inadecuado.
3. La interacción debe hacerse siempre en zonas públicas.
4. La vestimenta debe reflejar el valor de la modestia. Inscripciones o escritura en la ropa deben reflejar los valores cristianos.
5. No se permite la posesión o el consumo de cualquier bebida alcohólica y/o la posesión/uso de cualquier droga ilegal.
6. No se permite fumar.
7. No se permite el uso de armas de fuego y/o parafernalia de drogas.
8. Si es menor de 18 años, deberá entregar los medicamentos recetados a un adulto para su almacenamiento y distribución.
9. La violación de estas reglas puede significar el despido inmediato sin un reembolso. Los participantes serán responsables ante las autoridades locales también.

Entiendo y acepto este Código de Conducta. También Entiendo que en el momento de una infracción que requiera mi expulsión, soy responsable de mi expulsión de las instalaciones y de cualquier costo que conlleve

Si soy menor de 18 años, también entiendo y acepto que mis padres o tutores serán notificados en el momento de una infracción que requiera mi expulsión. Mis padres o tutores serán responsables de mi expulsión de las instalaciones y de los costos que ello conlleve.

Firma del Joven: _____

Fecha: _____

Firma del Padre o Tutor: _____

Fecha: _____



CATHOLIC DIOCESE OF PEORIA, IL

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MÉDICO PARA JÓVENES PARTICIPANTES Y/O VOLUNTARIOS

2022-2023

FORMULARIO DE PERMISO MÉDICO:

Autorizo la administración de primeros auxilios a mi hijo, _____, por las personas responsables del evento _____, y a los que transporten a mi hijo/hija hacia y desde el evento, según su criterio considere conveniente, a firmar cualquier autorización necesaria que se solicite, y a llevar a cabo las consultas necesarias a médicos cualificados para el tratamiento de enfermedades o accidentes de naturaleza más grave. Entiendo que se me notificará con prontitud en caso de una enfermedad seria o accidente grave y antes de cualquier intervención quirúrgica mayor, excepto cuando la demora en dicha comunicación ponga en peligro la vida. En el caso de una emergencia médica, entiendo que se hará todo lo posible para comunicarse con los padres/tutores del participante /voluntario. En caso de que no se me pueda localizar, autorizo por este medio a los médicos seleccionados por el personal adulto para que hospitalicen, aseguren el tratamiento adecuado y ordenen el suministro de vacunas, anestesia o cirugía, si se considera necesario para mi hijo/hija.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE/VOLUNTARIO(A): _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

¿Es alérgico(a) a: Medicamentos/alguna otra? SI NO En caso afirmativo, especifique:

Medicamento(s) que toma actualmente: _____

Fecha de la última vacuna antitetánica: _____

INFORMACION SOBRE EL SEGURO:

Póliza a nombre de: _____ Compañía de Seguros _____

Número de Póliza: _____ D.N.I. / NSS: _____

Médico Autorizado: _____ Teléfono con código de área: _____

Hospital Autorizado: _____ Ubicación: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Principal: _____ Cell _____ Home _____

Teléfono del Trabajo: _____ Teléfono Alternativo: _____

En caso de emergencia comunicarse con: _____ Parentesco: _____

Teléfono(s): _____