

Diócesis de Fort Worth y/o Parroquia de _____
Cesión de responsabilidad y forma para consentimiento de tratamiento médico Y Liberación Promocional

Nombre del participante adulto: _____

Nombre de tu parroquia: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Celular: _____ ¿Usa mensajes de texto? Si No

1. ¿Usted a participado en el programa Diocesano de entrenamiento aprobado por la diócesis de Como Mantener un ambiente seguro? Su respuesta _____ Si sí ¿Cuándo? _____ Parroquia: _____.

2. ¿Usted a leído, firmado, y esta de acuerdo con el Código de Conducta y Normas de Comportamiento de la Diócesis de Fort Worth? _____

3. ¿A leído usted y esta de acuerdo en seguir los Lineamientos para actividades en la Parroquia y fuera de la parroquia para la Pastoral con Adolescentes? Su respuesta: _____

En mi nombre, el de mis herederos y sucesores, acepto no hacer responsable a la Diócesis de Fort Worth, Obispo del La Diócesis Católica Romana y sus sucesores de oficina, Empleados diocesanos, voluntarios, y a la Parroquia de _____, los programas de la Pastoral con Adolescentes, sus oficiales, directores, y agentes de cualquier reclamo de responsabilidad por enfermedades, daño, o muerte que surja como consecuencia de mi participación o conexión en los programas de la Pastoral con Adolescentes empezando el 1 de Junio, 2011 hasta el 31 de Mayo, 2012 (a menos que en parte, sea causado por obvia negligencia de la Diócesis y/o la parroquia).

En el evento en que se lleve acabo alguna acción legal por alguna de las partes en contra de la otra parte para hacer cumplir cualquiera de los acuerdos, se esta de acuerdo de que la parte que pierda esta acción debe pagar a la parte ganadora todo costo de corte razonable, cuota razonable del abogado y otros gastos incurridos por la parte ganadora.

En caso de que yo requiera atención médica y yo no pueda comunicar mis deseos a los doctores que me atiendan o a otros profesionales médicos, yo doy permiso de que se administren tratamientos de emergencia que sean necesarios. Favor de avisar a los doctores que soy alérgico a:

En caso de emergencia y para pedir permiso para tratamiento adicional de emergencia, favor de comunicarse con:

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono durante la noche: _____

Compañía de seguro: _____

Numero de identificación de seguro: _____ Póliza: _____

Favor de entregar una fotocopia del seguro medico

También doy mi consentimiento (a perpetuidad, a menos que yo lo revoque por escrito y envíe por correo certificado, con acuse de recibo al: The Catholic Center, 800 West Loop 820 South, Fort Worth, TX 76108, ATTN: Director de la Pastoral con Adolescentes y Catequesis) para el uso de cualquier video, fotografías, audio tape, o cualquier otra reproducción visual o auditiva por la Diócesis de Fort Worth en las que pudiera aparecer. Entiendo que estos materiales se están usando para promoción de la Pastoral con adolescentes de la Diócesis de Fort Worth y que tal vez incluirá reclutamiento y recaudación de fondos.

Firma

Fecha