

---

[Por favor escriba el nombre de la parroquia en letra de imprenta arriba]

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES Y AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Quienes firman a continuación (ya sea uno o más, denominados aquí como “**nosotros**”, “**nos**”, “**nuestro**” o “**nosotros mismos**”) son los padres/tutores legales de: [por favor escriba el nombre en letra de imprenta] \_\_\_\_\_ (denominado aquí como el “**Participante**”), y en esa capacidad, lo autorizan, por medio de la presente, para que participe en: [por favor escriba el nombre del evento] \_\_\_\_\_ que está siendo patrocinado por [por favor escriba el nombre de la parroquia] \_\_\_\_\_ (en lo sucesivo, la “**Parroquia**”), el cual se llevará a cabo el \_\_\_\_\_ de 20\_\_ (y todas las actividades relacionadas con el mismo, incluyendo el transporte, denominadas colectivamente aquí como el “**Evento**”). En consideración a la autorización del Participante para participar en el Evento:

En nombre del Participante, en tal capacidad, nosotros, por medio de la presente, en nuestra representación y en representación de nuestros herederos, albaceas y administradores, libramos, eximimos para siempre, indemnizamos y aceptamos eximir de responsabilidad a la Parroquia, la Arquidiócesis de Atlanta, sus respectivos sucesores, cesionarios, y sus respectivos funcionarios, directores, empleados y otros representantes; y a todos y cada uno de los supervisores, patrocinadores, organizadores y adultos que acompañen y/o transporten al Participante (hacia o desde el Evento), o que participen de cualquier modo en el mismo (en este documento denominados las “**Partes Protegidas**”) de y contra todas y cada una de las pérdidas, lesiones (ya sea a personas o propiedades), costos y gastos (incluyendo honorarios, costos y gastos legales) y la responsabilidad resultante de, derivada de, o incurrida, sufrida o sostenida de cualquier modo en relación con el Evento. (Según se utiliza en el presente documento, la “**Arquidiócesis de Atlanta**” se refiere al Arzobispo de la Arquidiócesis Católica Romana de Atlanta, la Arquidiócesis Católica Romana de Atlanta, Inc. y RCAA Administrative Services, Inc.).

En nombre del Participante, en tal capacidad, nosotros, por medio de la presente, autorizamos también a la Parroquia o la Arquidiócesis de Atlanta para publicar fotos grupales (incluyendo fotos del Participante y al menos otra persona) que se tomen en el Evento.

En nombre del Participante, en tal capacidad, nosotros, por medio de la presente, autorizamos también a las Partes Protegidas o a una o más de las Partes Protegidas a buscar tratamiento de emergencia para el Participante en caso de que este se vea involucrado en algún accidente u otro incidente o de que resulte herido de alguna manera durante el Evento o en un hecho relacionado con el mismo. Entendemos que, en cualquier situación de este tipo, se hará todo lo posible para comunicarse con nosotros (o, de ser diferente, con el contacto de emergencia que se identifica al final de este documento). Hasta el momento en que se nos haya contactado, en nombre del Participante, en tal capacidad, nosotros, por medio de la presente, otorgamos permiso al médico tratante para hospitalizar al Participante o para ordenar, o de otra manera, proporcionar que el Participante reciba las inyecciones, la anestesia, la cirugía u otro tratamiento que, a juicio de dicho médico tratante, sean necesarios o aconsejables y apropiados.

Nosotros, en nuestra representación y en representación de nuestros herederos, albaceas y administradores, aceptamos también que durante la duración del Evento somos y seremos legalmente responsables de todas y cada una de las acciones y omisiones del Participante que ocurran durante el Evento y aceptamos ser financieramente responsables de todas y cada una de las pérdidas, lesiones (ya sea a personas o propiedades), costos y gastos (incluyendo honorarios, costos y gastos legales) y responsabilidades resultantes de, derivadas de, o incurridas, sufridas o de otra manera sostenidas de cualquier modo en relación con o por motivo del comportamiento, acción, conducta u omisión del Participante durante el Evento.

Además, entendemos que, si el comportamiento del Participante es inapropiado, inseguro y/o de otra manera perjudicial o amenazante para el bienestar del Participante, otras personas o la propiedad, seremos contactados de inmediato, tras lo cual aceptamos proporcionar rápidamente los medios para retirar al Participante de las instalaciones del Evento. En cualquier caso, nosotros, en nuestra representación y en representación de nuestros herederos, albaceas y administradores, aceptamos la responsabilidad de cualquier costo financiero incurrido como resultado de la remoción del Participante de las instalaciones del Evento.

Certificamos que el Participante está cubierto por una póliza de seguro médico y que la siguiente información con respecto a la póliza, el Participante y nosotros es correcta.

Iniciales del padre/tutor: \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ No. de póliza: \_\_\_\_\_  
No. de teléfono de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del participante: \_\_\_\_\_

Nuestro(s) número(s) de teléfono celular: \_\_\_\_\_ Nuestro(s) nombre(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Al poner nuestras iniciales aquí, otorgamos permiso para que acompañante(s) adulto(s) u otro(s) supervisor(es) administre(n) medicamentos sin receta, si se considera apropiado.

El participante es alérgico a: \_\_\_\_\_ Medicamentos actuales (y dosis): \_\_\_\_\_

Otra información médica, física o general pertinente: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, notifique a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

---

Al firmar este formulario, certificamos que toda la información aquí contenida es veraz y correcta según lo mejor de nuestro conocimiento y comprensión.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_