

Política Arquidiocesana para las Actividades Juveniles (Rev. 7-9-2020)

Los derechos de los padres, la buena administración y la protección de los jóvenes establecen que el intercambio adecuado de información y la concesión de permisos se presentarán cuando los jóvenes participen en actividades parroquiales y escolares.

La Arquidiócesis de Cincinnati ha desarrollado el siguiente Formulario de Permisos, Liberación y Autorización para Buscar Tratamiento Médico, Formulario de Información Médica y Formulario de Información de Actividad ("Formularios" colectivos) para satisfacer estas necesidades. **Estos Formularios son obligatorios para su uso en las parroquias y escuelas de la Arquidiócesis.**

La siguiente información es necesaria y debe documentarse, si un niño/niña se está inscribiendo para un programa en curso o para una sola actividad.

1. Nombre del estudiante;
2. Nombre de la parroquia y la escuela;
3. Nombre de los adultos a cargo de la actividad;
4. Fecha de actividad o tiempo regular para el programa;
5. Ubicación de la actividad o programa;
6. Número de teléfono donde se puede localizar a los jóvenes en caso de una emergencia familiar;
7. Número de teléfono para comunicarse con el padre/tutor en caso de emergencia;
8. Hora o fecha de inicio, hora de finalización o fecha de actividad o programa;
9. Descripción general del programa o actividades en las cuales estará involucrado;
10. Método de transporte (si existe); y
11. Costo (si existe).

Los Formularios completados y firmados, deben mantenerse durante toda la duración de la actividad o programa y deben ser conservados por la parroquia y la escuela, por lo menos dos años después de la conclusión de la actividad o programa. Los Formularios completados y firmados pueden ser escaneados y guardados electrónicamente en el servidor de la escuela/parroquia. Cuando ocurre un accidente o lesión de cualquier tipo, los Formularios completados y firmados deben conservarse indefinidamente. Un adulto designado, involucrado en la actividad o programa debe tener acceso a los Formularios firmados y completados.

FORMULARIO DE PERMISO, RENUNCIA Y AUTORIZACION PARA BUSCAR TRATAMIENTO MEDICO (rev. 7-9-2020)

1. Yo, el padre con custodia/tutor legal de _____ (el "Niño/Niña"), doy permiso para que mi Hijo/Hija participe en la actividad descrita en el *Formulario de Información de Actividad* (la "Actividad") y libero de toda obligación, indemnizar y eximir de responsabilidad _____ (nombre de la parroquia y la escuela) ("Parroquia y Escuela"), de la Arquidiócesis de Cincinnati (la "Arquidiócesis") del Arzobispo de Cincinnati (el "Arzobispo"), y todos sus agentes, representantes, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad, reclamos, juicios, daños, costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, que surjan de cualquier lesión, enfermedad, enfermedad infecciosa y/o contagiosa (como SARM, gripe o COVID-19), o la muerte, (incluyendo cualquier lesión, enfermedad infecciosa o la muerte causada por la negligencia de la Parroquia y la Escuela, el Arzobispo, la Arquidiócesis, cualquier parroquia o escuela dentro de la Arquidiócesis, o cualquiera de sus agentes, representantes, voluntarios o empleados) incurridos por mi Hijo/Hija mientras participaba en la Actividad, viajaba hacia o desde la Actividad, o mientras usaba las instalaciones y el equipo de la Parroquia y la Escuela. Además, acepto no presentar, enjuiciar o permitir que se presenten o enjuicien (incluyendo, pero no limitado a, procesamiento a través de la subrogación) en mi nombre, o en nombre de mi Hijo/Hija, cualquier reclamo, demanda o acción contra la Parroquia y la Escuela, el Arzobispo, la Arquidiócesis, todas las parroquias y escuelas dentro de la Arquidiócesis, o sus agentes, representantes, voluntarios y empleados.

1. Entiendo que la participación de mi Hijo/Hija en la Actividad es puramente voluntaria y es un privilegio y no un derecho, y que mi Hijo/Hija y yo, en nombre de mi Hijo/Hija, estoy de acuerdo con la participación de mi Hijo/Hija en la Actividad a pesar de los riesgos de lesiones, enfermedades, enfermedades infecciosas y/o transmisibles (como SARM, gripe o COVID-19), y la muerte. Estoy de acuerdo en que si mi Hijo/Hija tiene problemas de salud subyacentes que pueden ponerlo en mayor riesgo de contraer COVID-19 o que posiblemente aumentaría la gravedad de la enfermedad si COVID-19 es adquirido, entonces mi hijo/hija y yo consultaremos con un profesional de la salud antes de que participe en la actividad.

2. Acepto instruir a mi Hijo/Hija para que coopere con los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o la Arquidiócesis que están a cargo de la Actividad.

3. Autorizo a los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o de la Arquidiócesis que actúan como líderes de la Actividad a buscar tratamiento médico para mi Hijo/Hija en caso de cualquier lesión, enfermedad o emergencia médica durante la Actividad o viaje relacionado. Entiendo que los agentes de la Parroquia y la Escuela y/o la Arquidiócesis harán un intento razonable de ponerse en contacto conmigo tan pronto como sea posible en caso de una emergencia médica que involucre a mi hijo/hija.

1. *Por favor indique.* Yo estoy de acuerdo no estoy de acuerdo que la Parroquia y Escuela y/o la Arquidiócesis puedan usar el retrato o fotografía de mi Hijo/Hija con fines promocionales, sitio web y funciones de oficina.

2. *Por favor indique.* Yo estoy de acuerdo no estoy de acuerdo que la Parroquia y Escuela y/o la Arquidiócesis pueden usar las redes sociales y la tecnología para comunicarse con mi hijo/hija con respecto a las actividades del ministerio relacionado con la parroquia/escuela.

3. Este Permiso, Liberación y Autorización está destinado a ser tan amplio e inclusivo como está permitido por la ley del Estado de Ohio, y si alguna parte del presente es declarado inválido, se acuerda que el saldo continuará, de todas formas, en pleno vigor y efecto legal. Este Permiso, Liberación y Autorización se interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Ohio, excluyendo, e independientemente de, cualquier elección de principios legales en sentido contrario.

4. La Parroquia y Escuela, la Arquidiócesis, el Arzobispo y sus agentes, empleados y voluntarios no tendrán responsabilidad alguna en caso de que la Actividad sea cancelada debido, en su totalidad o en parte, a cualquier pandemia, epidemia, enfermedad o enfermedad generalizada, preocupación de salud pública o circunstancias que surjan de ella, o de las acciones tomadas por cualquier autoridad gubernamental o municipal para prevenir, evitar o mitigar sus impactos.

He leído cuidadosamente, entiendo y acepto los términos y condiciones aquí establecidos y reconozco y acepto que este Permiso, Liberación y Autorización para Buscar Tratamiento Médico será efectivo y vinculante para mí, mi Hijo/Hija y nuestros representantes personales, patrimonios, asignados, herederos y parientes mas cercanos. He firmado a continuación por mi propia voluntad.

Firma del Padre con Custodia/Tutor Legal _____ Fecha ____/____/____

Nombre: _____ Dirección _____
Postal: _____

Lugar de empleo y Direccion Postal:

Número de teléfono del Padre en Custodia/Tutor Legal (celular): _____ ; (otro número de teléfono): _____

Número de teléfono del Contacto de Emergencia (celular): _____ ; (otro número de teléfono): _____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Completado por el Padre con Custodia/Guardián Legal— Favor de imprimir

Nombre del Niño/Niña _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Alergias (por ejemplo, alimentos, medicinas, anestésicos): _____

Medicamentos que toma regularmente: _____

Condiciones médicas/Deterioros (Por ejemplo: epilepsia, diabetes, asma): _____

Doctor familiar: _____ Número de teléfono: _____

Padre con Custodia/Guardián Legal Número de (celular): _____;(otro número de teléfono): _____

Contacto de Emergencia Número de teléfono (celular): _____;(otro número de teléfono): _____

(Ver a continuación el *Formulario de Información de Actividad*)

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD **Completado por la Parroquia-Escuela – Favor de imprimir**

(Para conveniencia de los padres o tutores, se puede adjuntar una copia duplicada de esta información para que sea retenida por ellos; se puede adjuntar información adicional para informarles de detalles específicos de la programación e información adicional de la actividad, etc.)

A. Programa en marcha

Parroquia/Escuela St. Helen Parish Programa o Grupo Religious Education

Fecha de Inicio September 19, 2023 Fecha de finalización May 12, 2024 Cuota de Inscripción PS+K \$35⁰⁰
Gr 1-8: \$75⁰⁰

Ubicación St. Helen School/Parish Día y hora Sundays 10:15-11:30

Actividades rutinarias Prayer & Catechesis

Líder del Grupo Deb Danner Núm. de teléfono 937-254-16233

Otra Información _____

____ Marque aquí si se adjunta información adicional (Nota: cualquier información adicional de la actividad (por ejemplo, horario, lista de actividades específicas, etc.) puede ser anexada para dar más información a los padres o tutores.

B. Actividad única

Parroquia/Escuela _____ Actividad _____

Ubicación _____ Núm. de emergencia _____ Costo _____

Fecha y hora de inicio _____ Lugar de reunión _____

Fecha y hora de finalización _____ Lugar de reunión _____

Actividades involucradas _____

Tipo de transporte (si existe) _____

Líder del Grupo _____ Núm. de teléfono _____

Otra Información _____

_____ Marque aquí si se adjunta información adicional. (Nota: cualquier información adicional de la Actividad (Por ejemplo, horario, lista de actividades específicas, etc.) puede ser anexada para dar más información a los padres o tutores.

Firma del Padre en Custodia/Guardián Legal _____ Fecha __/__/_____