

ARQUIDIÓCESIS DE CINCINNATI
PERMISO, EXONERACIÓN Y FACULTAD MÉDICA DE APODERADO (rev. 11-2011)

1. Yo, padre/madre/ guardián de _____ (el / la menor) doy permiso para que participe en la actividad descrita en el impreso **Información de la Actividad** y libero de toda responsabilidad e indemnización al Arzobispo de Cincinnati (La Arquidiócesis), tanto individualmente como por ser representante legal de la Arquidiócesis de Cincinnati y de todas las parroquias y escuelas dentro de la Arquidiócesis (la Arquidiócesis), y a sus administradores, agentes, representantes, voluntarios y empleados, por cualquier responsabilidad, demanda, juicio, coste o gasto, incluyendo pago de abogado, recuperación de cualquier enfermedad o daño sufrido mientras participa o viaja hacia o desde la actividad y, además acuerdo no enjuiciar ni adelantar juicio, ni permitir ser llevado ni enjuiciado (incluyendo pero no limitado al enjuiciamiento por subrogación) en mi nombre o en representación del / la menor, por cualquier demanda, proceso o acción contra el Arzobispo, la Arquidiócesis, sus administradores, agentes representantes y voluntarios y empleados.

2. Además yo entiendo que su participación es absolutamente voluntaria y que es un privilegio, no un derecho, y que yo en su representación, opto porque participe a pesar de los riesgos.

3. Estoy de acuerdo en instruirle para que coopere con el Arzobispo y los representantes encargados de la actividad.

4. Designo al Arzobispo o a sus representantes, que actúen como líderes de la actividad, como mi apoderado en caso de tener que actuar en mi nombre y representación mía, en todo lo que yo debiera hacer si estuviera presente personalmente, respecto a las siguientes situaciones: lesión, enfermedad o emergencia médica ocurrida durante la actividad o en relación con ella:

4.1 Dar total y pleno consentimiento y autorización a cualquier médico, dentista, hospital u otra persona o institución relativa a medicaciones de emergencia, tratamientos médicos y dentales, diagnósticos y procesos quirúrgicos, o cualquier otra acción de emergencia que, como nuestro abogado, estime necesario o apropiado para el bienestar de el / la menor.

4.2 Yo entiendo que los representantes de la Arquidiócesis intentarán contactarme lo más pronto posible en caso de emergencia médica requerida para el / la menor.

5. Esta facultad de apoderado expira automáticamente al término de la actividad o del viaje relacionado con ella.

6. Estoy de acuerdo en que el Arzobispo o sus representantes puedan utilizar el retrato o fotografía de el/la menor con motivos promocionales, en páginas de internet o asuntos de oficinas.

7. Esta admisión y permiso intenta que sea tan amplia e inclusiva en cuanto lo permita la Ley del Estado de Ohio, y si alguna parte fuere declarada inválida, se acuerda no obstante que el resto continuará teniendo plena fuerza y efecto. Esta admisión y permiso ha sido elaborado de acuerdo a las Leyes del Estado de Ohio, excepto en opciones estipuladas en las mismas. He leído cuidadosamente este documento, entiendo y acepto los términos y condiciones establecidos aquí y comprendo que este Permiso, Exoneración y Facultad Médica de Apoderado será efectivo y me comprometo a mí, al menor, y así como a mi propio representante personal del/la menor, legatarios, designados, herederos y parientes más cercanos, y que he firmado este acuerdo por mi propia y libre voluntad.

Firma del padre/madre/guardián _____ Fecha ____/____/____

Dirección de la casa _____ Ciudad _____ Zip _____

Lugar de empleo _____

Dirección del empleo _____ Ciudad _____ Zip _____

Teléfonos del padre/madre/guardián: (w) _____ (h) _____ Cell _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Tel. (w) _____ (h) _____

INFORMACIÓN MÉDICA – LLENADA POR PADRE/MADRE/GUARDIÁN

(EN LETRA DE IMPRENTA, POR FAVOR)

Nombre del o la menor _____ Fecha dnacimiento ____/____/____
No. del Seguro Social del o la menor _____
Alergias _____
Medicinas prescritas _____
Enfermedades crónicas (Ej. Epilepsia, diabetes, etc) _____
Compañía del Seguro Médico _____ No. de la Póliza _____
Nombre del afiliado _____ Tel. (w) _____ (h) _____
Fecha de nacimiento del afiliado ____/____/____ No. seguro Social del afiliado _____
Médico de cabecera _____ Teléfono _____

NOTA: El número del Seguro Social es opcional. Pero tenga en cuenta que algunos Hospitales lo exigen.

(Lea la Información de la Actividad que se encuentra a continuación)

INFORMACIÓN DE LA ACTIVIDAD

Llenada por la Institución de Iglesia responsable de la actividad- (En letra de imprenta, por favor)

(Para conveniencia de los padres o guardianes se les puede entregar por duplicado copia de esta información para que pueda ser conservada por ellos. También se puede adicionar cualquier información posterior sobre los detalles específicos del programa, información de actividades adicionales, etc.)

A. PROGRAMA EN CURSO

Institución de Iglesia _____ Programa o Grupo _____
Fecha de iniciación _____ Fecha de terminación _____ Cuota de registro _____
Ubicación habitual _____ Día y horas habituales _____
Rutina de actividades _____
Equipo responsable _____ Teléfono _____
Otra Información _____

___ Marque aquí si se anexa alguna información adicional. (NOTA: Cualquier información adicional posterior, por ejemplo: horarios, lista de actividades específicas, etc. puede ser anexada para información de padres y guardianes).

B. ACTIVIDAD A REALIZAR

Institución de Iglesia _____ Actividad _____
Localización _____ Teléfono _____
Fecha y hora de inicio _____ Sitio de encuentro _____
Actividades comprendidas _____
Forma de transporte (si lo hay) _____
Equipo responsable _____ Teléfono _____
Otra información _____

___ Marque aquí si se anexa alguna información adicional. (NOTA: Cualquier informacional adicional posterior, por ejemplo: horarios, lista de actividades específicas, etc. puede ser anexada para información de los padres y guardianes)