

Política Arquidiócesana: Lineamientos para Actividades Juveniles

Los derechos de los padres, buena administración y la protección de los jóvenes determinan que el intercambio apropiado de información y el otorgamiento de permisos se involucren cuando los jóvenes participen en actividades parroquiales.

La Arquidiócesis de Cincinnati ha desarrollado un formulario de muestra para satisfacer estas necesidades. Mientras este formulario no está obligado a usarse en las parroquias de la Arquidiócesis, se recomienda.

Ya sea que se use el formulario particular recomendado o no, se requiere la siguiente documentación escrita de alguna forma, ya sea que un niño se registre para un programa en curso o para una sola actividad.

1. Nombre del estudiante
2. Nombre de la iglesia/escuela
3. Nombre del adulto a cargo
4. Fecha de actividad o tiempo regular para el programa
5. Ubicación de la actividad
6. Número de teléfono donde se puede contactar al joven en caso de una emergencia familiar
7. Número de teléfono para comunicarse con el padre/guardián en caso de emergencia
8. Hora o fecha de inicio, hora o fecha de finalización
9. Descripción general del programa o actividades que están involucradas
10. Método de transporte (si lo hay)
11. Costo (si corresponde)

Además de proporcionar esta información a los padres, el formulario debe proporcionar un lugar para que los padres den permiso para que el niño participe en el programa o actividad y para recibir atención médica de emergencia (incluyendo la información médica pertinente), si la actividad tomará al joven a cierta distancia de casa. Además, debe haber una absolución de la Arquidiócesis de Cincinnati, el Arzobispo de Cincinnati (el "Arzobispo"), la parroquia y la escuela de responsabilidad en caso de accidente o lesión a los jóvenes utilizado el siguiente lenguaje: *Yo, el padre/madre o tutor legal de _____ (el "menor"), doy permiso para que mi hijo(a) participe en la actividad descrita en el reverso y libero de toda responsabilidad e indemnización a la Arquidiócesis de Cincinnati, el Arzobispo de Cincinnati, tanto individualmente como por ser representante legal de la Arquidiócesis de Cincinnati, y todas las parroquias y escuelas dentro de la Arquidiócesis, y sus administradores, agentes, representantes, voluntarios y empleados de toda responsabilidad, demandas, juicios, costos o gastos, incluidos los honorarios de abogados, que surjan de cualquier lesión o enfermedad incurrida por mi hijo(a) mientras participa o viaja hacia o desde la actividad.* Un padre o tutor legal debe proporcionar lo anterior mediante una firma y fecha por escrito y también debe proporcionar un número de teléfono donde se pueda contactar a los padres en caso de una emergencia que involucre al niño.

Los formularios de permiso y absolución deben mantenerse durante toda la actividad y deben conservarse durante al menos dos años después de la conclusión de la actividad. El permiso y el formulario de absolución deben ser llevados por un adulto designado en viajes fuera de las instalaciones de la iglesia/escuela.

(Revisado 2017)

ARQUIDIÓCESIS DE CINCINNATI
PERMISO, EXONERACIÓN Y
AUTORIZACIÓN PARA BUSCAR TRATAMIENTO MÉDICO (rev. 09-2017)

1. Yo, el padre/madre o tutor legal de _____ (el "menor"), doy permiso para que mi hijo (a) participe en la actividad descrita en el *formulario de Información de la actividad* (la "Actividad") y libero de toda responsabilidad e indemnización a la Arquidiócesis de Cincinnati (la "Arquidiócesis"), el Arzobispo de Cincinnati (el "Arzobispo"), tanto individualmente como por ser representante legal de la Arquidiócesis, y todas las parroquias y escuelas dentro de la Arquidiócesis, y sus respectivos administradores, agentes, representantes, voluntarios y empleados de cualquier y toda responsabilidad, demandas, juicios, costos y gastos, incluyendo los honorarios de abogados, que surjan de cualquier lesión o enfermedad incurrida por mi hijo mientras participa o viaja hacia o desde la Actividad y además acepto no enjuiciar ni adelantar juicio ni permitir ser llevado o enjuiciado (incluido, entre otros, enjuiciamiento por subrogación) en mi nombre, o en nombre de mi Hijo (a), cualquier reclamo, demanda o acciones contra el Arzobispo, la Arquidiócesis y sus respectivos administradores, agentes, representantes, voluntarios y empleados.
2. Además, entiendo que la participación de mi hijo (a) en la Actividad es absolutamente voluntaria y es un privilegio y no un derecho, y que mi Hijo (a) y yo en nombre de mi Hijo (a), aceptamos la participación de mi Hijo (a) en la Actividad a pesar de los riesgos.
3. Acepto instruir a mi hijo a cooperar con el Arzobispo o los representantes a cargo de la actividad.
4. Designaré al Arzobispo o a sus representantes que actúen como líderes de la Actividad para buscar tratamiento médico de mi hijo (a) en caso de que ocurra una lesión, enfermedad o emergencia médica durante la actividad o el viaje relacionado. Entiendo que los representantes del Arzobispo harán un intento razonable de contactarme tan pronto como sea posible en el caso de una emergencia médica que involucre a mi hijo (a).
5. Yo [] estoy de acuerdo [] no estoy de acuerdo que el Arzobispo o sus representantes puedan usar el retrato o la fotografía de mi hijo (a) para fines promocionales, en páginas de internet y las funciones de la oficina, y usar las redes sociales y la tecnología para comunicarle a mi hijo (a) las actividades relacionadas con el ministerio.
6. Esta admisión y permiso tiene la intención de ser tan amplia e inclusiva como lo permita la ley del Estado de Ohio, y si cualquier parte del mismo se declara inválida, se acuerda que el resto, sin embargo, continuará en pleno vigor y efecto legal. Este reconocimiento y permiso se interpretará de acuerdo con las leyes del estado de Ohio, excepto por la elección de disposiciones legales de los mismos.

He leído y entendido cuidadosamente y acepto los términos y condiciones aquí establecidos y reconozco que este Permiso, Liberación y Autorización para Buscar Tratamiento Médico será efectivo y me comprometo a mí, al menor, y a mi representante personal y el patrimonio de mi Hijo (a), asignados, herederos y parientes más cercanos y que he firmado este acuerdo por mi propia y libre voluntad.

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha __/__/____

Firma del Testigo: _____ Nombre del Testigo (por favor imprima): _____

Dirección de la casa _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Lugar de Empleo _____

Dirección de Empleo _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono de los Padres/Guardián: (celular): _____; (Otro Teléfono): _____

Contacto en caso de emergencia: (celular): _____; (Otro Teléfono): _____

Información Médica — Completado por un Padre o Guardián— Por favor en letra de imprenta

Nombre del menor _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
Alergias _____
Medicamentos _____
Enfermedades crónicas (e.j. epilepsia, diabetes) _____
Compañía de Seguro Médico _____ No.de Póliza _____
Nombre del afiliado _____ Teléfono (Casa) _____ (trabajo) _____
Fecha de nacimiento del afiliado ____ / ____ / ____
Médico familiar _____ Teléfono _____

(Ver el *Formulario de Información* de la actividad a continuación)

INFORMACIÓN DE ACTIVIDAD

Completado por la Agencia de la Iglesia – letra imprenta, por favor

(Para conveniencia de los padres o tutores, se les puede entregar una copia de esta información para que la guarden; también se puede adjuntar cualquier información adicional para informarles sobre los detalles específicos del programa, información de actividad adicional, etc.)

A. Programa Continuo

Institución de Iglesia _____ Programa o Grupo _____
Fecha de inicio _____ Fecha de terminación _____ Cuota de registro _____
Ubicación _____ Día y hora usual _____
Rutina de Actividades _____
Líder de grupo _____ Teléfono _____
Otra información _____

_____ Marque aquí si se adjunta información adicional. (Nota: cualquier información de actividad adicional (por ejemplo, calendario, lista de actividades específicas, etc.) se puede adjuntar para informar mejor a los padres o tutores)

B. Actividad de una sola vez

Institución de Iglesia _____ Actividad _____
Ubicación _____ No.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 corresponde) _____
Líder de grupo _____ Teléfono _____
Otra información _____

_____ Marque aquí si se adjunta información adicional. (Nota: cualquier información de actividad adicional (por ejemplo, calendario, lista de actividades específicas, etc.) se puede adjuntar para informar mejor a los padres o tutores.

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