

***Diócesis de Fort Worth y/o Parroquia de Inmaculada Concepción (ICC) 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

¿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: \_\_\_\_\_.

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

¿A leído usted y esta de acuerdo en seguir los Lineamentos 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 ICC, 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 seguio 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