

**ARQUIDIOCESIS OF BALTIMORE**  
**DIVISION DE JOVENES Y JOVENES ADULTOS**  
**FORMULARIO DE PERMISO**

Nombre del joven: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Otro numero para comunicarse con los padres: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Zip: \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social del Joven \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hombre Mujer (por favor marque)

Considerando las experiencias sanas recreativas y de aprendizaje en las cuales mi hijo(a) participará, Yo como padre o guardián de mi hijo(a) por intermedio de la presente doy permiso para que mi hijo(a) acompañe al grupo de ministerio de Jóvenes y Jóvenes Adultos de su parroquia (escuela) para: (evento/fecha/hora)

Yo (nosotros) acuso recibo de la información anexa a la presente describiendo las actividades planeadas.

Considerando la oportunidad que mi hijo(a) tiene de participar en el programa, Yo accedo a **NO RETENER EN PERJUICIO POR DANOS O HACER RECLAMOS DE INDEMNIZACION** \_\_\_\_\_, (el nombre de parroquia o escuela) División del Ministerio de Jóvenes y Jóvenes adultos, el obispo Católico Romano de Baltimore y sus sucesores, una Parte de la Corporación, sus agentes, sirvientes y empleados de cualquier responsabilidad, reclamamos, demandas causadas por cualquier perdida, o lesión, obtenida durante la participación de mi hijo(a) en el programa.

Por intermedio de la presente autorizo a cualquier persona o personal para obtener cuidado médico de un médico licenciado, hospital, o clínica médica para mi hijo(a) en caso de que no se me pueda conseguir.  
(Verifique uno de los siguientes:)

- Yo estoy cubierto para hospitalización y seguro médico bajo la póliza # \_\_\_\_\_ emitido por.
- Yo no tengo seguro medico y asumo la responsabilidad de los costos de hospitalización y del cuidado médico mi hijo(a).

Por intermedio de la presente autorizo a cualquier persona o personal para proveer las drogas que no necesitan receta medica para mi hijo(a) si mi hijo(a) la pide.  
(Verifique todos los que necesite:)

- Tylenol  Benadryl  Advil  Sudafed  Midol  Kaopectate  Neosporin  Pepto Bismol

Añada cualquiera otra información médica referente a los remedios, alergias, enfermedades, etc.

---

---

Añada cualquiera de las restricciones dietéticas:

---

---

Se les avisa a los padres (guardianes) de los participantes que: fotografías o cintas de video de los participantes pueden ser usadas en publicaciones, sitios de Web u otros materiales producidos de vez en cuando por la División de Jóvenes y de Jóvenes Adultos de la Arquidiócesis de Baltimore. (Los participantes no serán identificados, sin tener permiso por escrito.) El padre (guardián) que no desee que se tomen fotografías de su hijo(a) deberán manifestarlo por escrito a la División. Por favor, note que la División no tiene ningún control sobre el uso de fotografías o película tomadas por la prensa que puede estar cubriendo el evento en que su hijo(a) toma parte.

---

Fecha

---

Firma del Padre (Guardián)

---

Fecha

---

Firma del Padre (Guardián)

---

Nombre del Joven