

**ARQUIDIÓCESIS DE CINCINNATI Escula bíblica De Vacaciones 7-17-17 – 7-21-17 - 9:15 am to NOON**  
**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 de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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)

### A. PROGRAMA EN CURSO

Institución de Iglesia St. Peter In Chains San Pietro in Vincoli Church & School

Programa o Grupo Escuela Vacaciones Biblia VBS

Fecha de iniciación 7-17-2017 Fecha de terminación 7-21-2017 Cuota de registro \$5.00

Ubicación habitual 382 Liberty Ave. Hamilton, OH 45013 Día y horas habituales 9:30 AM - 12 PM

Rutina de actividades orando, cantando, actuando fuera de la Biblia, jugar, compartir aperitivos y refrescos

Equipo responsable Deacon Jeff Merrell Teléfono 513-863-3938

Otra Información Mary Pat Austing cell 513-236-6946

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 San Pietro in Vincoli Church & School Actividad Escuela Vacaciones Biblia VBS

Localización 382 Liberty Ave. Hamilton, OH 45013 Teléfono 513-863-3938

Fecha y hora de iniciación 7-17-2017 9:30 AM – 12Pm Sitio de encuentro 7-21-17 NOON

Actividades comprendidas orando, cantando, actuando fuera de la Biblia, jugar, compartir aperitivos y refrescos

Forma de transporte ( si lo hay Padres Llevar a los niños a VBS y recogerlos todos los días

Equipo responsable Deacon Jeff Merrell Teléfono 513-863-3938

Mary Pat Austing 513-236-6946 cell

Otra información Los padres recogen a los niños al mediodía después de la program

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 los padres y guardianes)