

ARQUIDIÓCESIS DE CINCINNATI – NET RETIRO – Sabado, Febrero 11, 2017
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)

Una sola Actividad

Agencia Iglesia St. Julie Billiard Iglesia Actividad: NET MINISTERIOS RETIRO

Ubicación 229 N. High Street, Hamilton, OH 45011 de **Emergencia No.** 513-236-6946

Costo: PREP fee

CUANDO: Sabado, 11 de febrero 2017 10:00 am a 5:30 pm.

Todos los participantes asistirán a la misa del domingo a las 4:30 pm de ese día, como parte del retiro.

Fecha y Hora de inicio 02/11/17 10:00 am Lugar de Reunión Edificio FENMONT - 229 N. 3rd St.

Fecha y hora Ending 02/11/17 5:30 pm Lugar de reunion St. Julia Igelsia @ 224 Dayton St..

Actividades a realizar. Relatos, Actividades, Oración, Misa, Almuerzo de Pizza, Reflexion, conocer gente nueva

Tipo de Transporte (en su caso) Los padres proporcionan el transporte para sus hijos hacia y desde esta actividad

Lider de Grupo : Mary Pat Austing 863-1040 ext. *815 de St Julie., Deacon Jeff Merrell 863-3938 de St. Pete,
Sra Bernie Zimmerman 863-8758 de St. Joe ; **Teléfono de emergencia:** 513-236-6946

Otra información: *Por favor, envíe un almuerzo o bebida para cualquier joven con problemas dietéticos.
Vamos a servir pizza y bebida hecha de una mezcla de polvo.*

El Fenmont está detrás de la Iglesia de St. Julie Billiard. Todos los participantes asistirán a la misa de las 4:30 pm en St. Julie, Durante el retiro.

DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO ANTES del 15 de Enero 2017.