NOTA DE PERMISO AL BASH 2024 **TALLA DE CAMISA:_____**

_____
Nombre del participante (letras de imprenta) Teléfono de la casa

_____
Dirección Ciudad/Estado/Código postal

_____
Nombre del padre o de la madre Teléfono móvil Teléfono del trabajo

Seguridad: Como participante, me comprometo a observar todos los procedimientos, las precauciones de seguridad y las normas y los reglamentos establecidos por la Diócesis y la Parroquia.

_____ _____
Firma del participante Fecha

Permiso de los padres y descargo de responsabilidad: Como padre/madre/tutor legal del participante previamente citado, autorizo para participar plenamente en el **BASH 2024 el sábado, 4 de mayo de 2024** desde _____ *(Hora de iniciación)* hasta _____ *(Hora de terminación).* Me comprometo a indemnizar y, por medio del presente instrumento, a exonerar a al Reverendísimo Michael F. Burbidge, Obispo de la Diócesis Católica de Arlington, y a sus sucesores en el cargo, así como a la Diócesis Católica de Arlington y a todo el clero, los empleados, los voluntarios, las parroquias y escuelas participantes de la Diócesis, de toda responsabilidad, reclamación, demanda por lesión personal, enfermedad o muerte, así como de cualquier daño a la propiedad y gastos de cualquier naturaleza que pueda incurrir el padre, la madre o el tutor legal del participante como resultado del involucramiento de este último en el evento previamente citado (incluyendo el transporte de ida o regreso del evento). Además, en nombre del participante asumo, por medio del presente instrumento, todo el riesgo de lesión personal, enfermedad, muerte, daño y gastos como resultado del involucramiento de dicho participante en el evento previamente descrito.

Consentimiento informado para tratamiento médico: Solicito que en mi ausencia, se admita al menor previamente citado, a cualquier hospital o establecimiento médico para diagnóstico y tratamiento. Solicito y autorizo los médicos, a los dentistas y otro personal debidamente acreditado, Doctores en Medicina o Doctores en Odontología u otros técnicos y personal de enfermería acreditados, para que realicen cualquier procedimiento de diagnóstico, tratamiento o procedimiento quirúrgico y tratamiento de rayos X, que el menor previamente citado necesite. No se me ha dado ninguna garantía con respecto a los resultados del examen o del tratamiento. Autorizo al hospital o al establecimiento médico que disponga de cualquier espécimen o tejido tomado del menor previamente citado. Asumo plena responsabilidad por todos los costos de ese tratamiento. Además, si fuera necesario que el participante regresara a casa por razones médicas, disciplinarias o de cualquier otra índole, asumo por medio del presente instrumento toda responsabilidad para el transporte del participante a casa y los costos relacionados con dicho transporte.

Consentimiento de fotografía, prensa, audio y medios electrónicos: Además, autorizo a la Diócesis de Arlington, sus parroquias, y/o la Catholic Herald para que utilice y publique las fotografías, el video y las grabaciones de audio de mi/nuestro(a) hijo(a) identificándolos por su nombre para fines educativos, notas de prensa, ilustraciones y/o con el propósito de comercialización.

Contacto de emergencia: Nombre _____ Parentesco _____

Teléfono: (Casa) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Información de salud: ¿Hay algún problema médico que puede afectar el involucramiento del participante en el evento citado? _____

¿Hay alguna alergia conocida, incluso una alergia a medicamentos? _____
_____

Médico y seguro médico: Proveedor de atención primaria de salud _____ Teléfono_____

Compañía de seguros _____ Número de la póliza _____

Entiendo y por medio del presente instrumento estoy de acuerdo con los términos y condiciones del involucramiento del participante en el evento previamente descrito; y, ejecuto libremente este documento de confirmación con pleno conocimiento de su contenido.

_____ _____
Firma del padre o de la madre o del tutor legal Fecha