

NOTA DE PERMISO AL BASH 2025

TALLA DE CAMISETA - Marque uno:

Tallas unisex para jóvenes: M L XL

Tallas unisex para adultos: S M L XL 2X 3X 4X

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 joven participante

Fecha

Permiso de los padres y descargo de responsabilidad: Como padre/madre/tutor legal del participante previamente citado, autorizo para participar plenamente en BASH 2025 en el Domingo, el sábado, 10 de mayo de 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.

Información de salud

Proveedor de atención primaria de salud

Teléfonoa

Compañía de seguros

Número de la póliza

Nombre del contacto de emergencia

Parentesco

Número de teléfono principal

Número de teléfono alternativo

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

Enumere cualquier alergia: _____

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