

Nombre del Joven _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo M o F

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Posta _____

Teléfono _____ Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Grado que cursa actualmente _____

PERMISO PARA VIAJAR

Yo, _____, otorgo permiso para que mi hijo(a), _____, participe en los eventos parroquiales y actividades juveniles descritos en la parte inferior durante este año de formación. A continuación se describe brevemente la actividad:

Descripción del evento: ABLAZE 2015 Eucharistic Centered Retreat

Fecha del evento: January 30, 31, February 1, 2015

Destino del evento: St. Monica Catholic Church, Family Center, Dallas, Texas

Hora estimada de salida y de llegada: _____

Medio de transporte hacia y desde el evento: _____

Permiso del Joven y Formulario de Viaje

****POR FAVOR ANEXE UNA FOTOCOPIA DE SU TARJETA DE SEGURO MEDICO,
POR AMBOS LADOS Y LLENE LA INFORMACION DE LA PARTE DE ABAJO.****

Nombre del Joven Participante: _____

Compañía de Seguros: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Identificación del Seguro: _____

de Seguro Social (opcional): _____

Medicamentos: ESCRIBA SUS INICIALES en las que Corresponda – Atención: NO ESCRIBA SUS INICIALES EN TODAS LAS AREAS, YA QUE UNA PUEDE CANCELAR OTRA

_____ Este niño no toma medicamentos y no traerá medicamentos con él/ella.

_____ Este niño toma medicamento(s) y se auto medicará. El niño traerá todos los medicamentos necesarios, y dichos medicamentos estarán claramente etiquetados. Entiendo que se le pedirá al niño que entregue todos sus medicamentos al adulto encargado de supervisarlos y conservarlos. Además, tengo entendido que este niño será responsable de presentarse al lugar designado para que se el entregue(n) el (los) medicamento(s) en los horarios/frecuencias indicadas en la parte de abajo. Comprendo que el adulto al cual este niño entregará el medicamento no tiene entrenamiento medico y no medirá la dosis. Una vez que se haya auto medicado, este niño entregará el (los) medicamento(s) al adulto. Al concluir el evento, este niño será responsable de recoger el (los) medicamento(s) restante(s), si hubiese alguno, en el lugar designado de auto-medicación. Los nombres de los medicamentos y las dosis exactas así como la frecuencias/horarios se especifican a continuación:

ATENCION: Si su hijo tiene un Dispositivo Inyectable de Emergencia (Epi-Pen), Condición Diabética, Asmáticos con un inhalador de rescate, o cualquier otra condición médica especial, es importante proporcionar una descripción clara acerca de la naturaleza de dicha condición y cualquier medicamento. Esto es importante en situaciones en las que el joven no es capaz de auto suministrarse estos tratamientos y de comunicarse con el Personal de Respuesta de Emergencia. Si un niño, quien es usualmente capaz de auto suministrarse estos medicamentos se vuelve incapaz de auto administrárselos o está en peligro, los ministros de jóvenes, voluntarios o empleados de la parroquia llamarán inmediatamente al 911 para llamar al Personal Médico de Emergencia a responder a la emergencia médica. **Los ministros de jóvenes, voluntarios, y personal de la parroquia NO están entrenados para administrar este tipo de medicamentos de emergencia.**

_____ Este niño toma medicamento pero no es capaz de auto medicarse. El padre/tutor/guardián proporcionará y administrará todos los medicamentos necesarios.

_____ **Ninguna clase de medicamento** ya sea recetado o no recetado le será administrado a este niño a menos que la situación ponga en riesgo su vida y se requiera tratamiento de emergencia.

_____ **Otorgo mi permiso** para que los siguientes medicamentos no recetados sean administrados a este niño:

Analgésicos sin aspirina	Si _____ No _____	# de tabletas por dosis _____
Tabletas para la garganta	Si _____ No _____	
Descongestionantes	Si _____ No _____	# de tabletas por dosis _____
Antiácidos	Si _____ No _____	
Antihistamínicos	Si _____ No _____	# de tabletas por dosis _____
Otro _____	Dosis _____	

Información Médica Específica

Reacciones alérgicas (medicamentos, alimentos, plantas, insectos, etc.) _____

Inmunizaciones: (fecha de la ultima vacuna del tétanos/difteria) _____

Otros medicamentos que el niño toma actualmente: _____

Limitación(es) física(s): _____

¿Ha estado este niño expuesto a enfermedades o situaciones contagiosas tales como paperas, sarampión, varicela, etc.? S N
Si es así, fecha de la situación o enfermedad. _____

¿Alguna otra condición médica especial en este joven de la que deberíamos estar enterados?

Permiso del Joven y Formulario de Viaje

Nombre del Padre/Tutor/Guardián

Número Telefónico

Dirección

Teléfono Adicional o Celular

Nombre de Contacto de Emergencia Adicional

Número Telefónico

Firma del Padre/Tutor/Guardián

Fecha

Se requiere notario para todos los viajes fuera del estado.

Certificado por mi _____, este _____ día de _____ (año)

Firma del Notario: _____

Sello del Notario: