

**DIOCESIS DE OAKLAND**  
**Catholic Youth Organization (CYO)**

**AUTORIZACION DE LOS PADRES DE FAMILIA, AUTORIZACION PARA ATENCION MEDICA  
EN CASO DE EMERGENCIA Y CONVENIO DE EXENSION DE RESPONSABILIDAD.**  
*(Consérvece una copia de esta forma durante todas las actividades de CYO)*

○ Nombre de el/la menor \_\_\_\_\_ Parroquia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
(calle, ciudad, zona postal)

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Masculino  Feminina

○ Nombre de los padres o responsables \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
(calle, ciudad, zona postal)

Celular u otro número \_\_\_\_\_ Correo - E \_\_\_\_\_

○ EN CASO DE EMERGENCIA NOTIFICAR A (otra persona que no sean los papás o responsables):

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**INFORMACIÓN MEDICA Y DE SALUD**

○ Nombre del médico de la familia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

○ Plan médico \_\_\_\_\_ Número de plan \_\_\_\_\_

○ Indique si usted autoriza que el adulto encargado de su hijo/hija permita su tratamiento médico en caso de emergencia si un médico así lo recomienda. SI \_\_\_ NO \_\_\_

Explique la razón o las razones por las cuales usted no quiere atención médica para su hijo/hija en caso de emergencia.

○ Anote las condiciones (como alergias, ataques físicos) por los cuales su hijo/hija requiere medicamento actualmente. Favor de indicar: (1) el tipo de medicamento, (2) la dosis y (3) la frecuencia de administración:

Indique si ha padecido o padece su hijo/hija de los siguientes problemas médicos (anote solo los que sean necesarios)

Asma \_\_\_ Desmayos \_\_\_ Epilepsia \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Corazón \_\_\_ Ojos \_\_\_

Oídos \_\_\_ Nariz \_\_\_ Garganta \_\_\_ Pulmones \_\_\_ Digestión \_\_\_ Problemas menstruales \_\_\_

Otros problemas: \_\_\_\_\_

Anote cualquier limitación o impedimento físico que pueda causarle a su hijo/hija dificultades tocante a su participación en las actividades deportivas de CYO.

Anote la fecha del último examen físico de su hijo/hija: \_\_\_\_\_

**SE RECOMIENDA INSISTENTEMENTE QUE CADA MENOR TENGA UN EXAMEN MEDICO  
ANTES DE PARTICIPAR EN CUALQUIER ACTIVIDAD DEPORTIVA.**

[CONTINUA AL REVERSO]

**PERMISO DEL PADRE O DE LA MADRE, DE LOS RESPONSABLES Y RECONOCIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE CYO**

1. Yo/nosotros, padre/madre/responsables doy/damos autorización y permiso a nuestro/a hijo/a nombrado/a anteriormente en este documento para que participe en el programa de CYO en (circule):  
> **Baloncesto Cross country Soft ball Track & Field Voli Bol Cheerleading Fut Bol** <  
y en todas las actividades relacionadas, incluyendo, pero no limitadas a la transportación al lugar de las actividades de CYO.
2. Yo/nosotros consiento/consentimos a instruir a mi/nuestro/a hijo/a para que coopere y siga las instrucciones del personal o de los líderes mayores voluntarios de CYO.
3. Yo/nosotros consiento/consentimos a ser responsables por todos los gastos médicos relacionados con la herida o heridas de mi/nuestro/nuestra/o hijo/a, como resultado de cualquier actividad del Ministerio Juvenil, ya sean o no sean causadas por la negligencia de la parroquia, del personal, agentes o voluntarios o otros participantes en el programa de CYO.
4. Yo/nosotros comprendo/comprendemos que menores que participan en las actividades del ministerio juvenil se arriesgan a lastimadura del cuerpo, o a la psique y a daño a la propiedad a sí mismos y a otros. Tales lastimaduras pueden resultar causadas por compañeros de equipo, otras personas o infligidas por casualidad o intencionalmente por instalaciones o equipo defectuosos, condiciones físicas del ambiente deportivo o de las escuelas o parroquias en las cuales tienen lugar las actividades deportivas y accidentes de tránsito cuando hay necesidad de transportación o por la actividad misma.

**EXENCION Y RENUNCIA VOLUNTARIA DE PRIVILEGIOS Y CONVENIO DE INDEMNIZACION**

En reconocimiento que **para recibir permiso de participar en las actividades deportivas de CYO**, utilizar el equipo disponible y entrar en el local o las propiedades o instalaciones de la Diócesis de Oakland (la "Diócesis") por cualquier fin, incluyendo el de observar y participar en actividades, el padre, la madre o el/la responsable del/la menor y cualesquier sucesores en interés del/la menor **consienten** a:

1. **Eximir de toda obligación**, renuncia voluntaria de los privilegios, liberar de responsabilidad y prometer no demandar a la **Diócesis de Oakland** y a sus entidades afiliadas, sus oficiales, directores, empleados, agentes y voluntarios (de ahora en adelante conocidos como "los Exentos") de toda responsabilidad por cualquier pérdida o daño, y cualquier reclamo o demandas por esto a causa de lastimadura corporal seria o fatal, lastimadura a la psique o los bienes del/de la menor, o al padre, a la madre o responsable firmantes, o causada por la negligencia u otro comportamiento de los Exentos mientras que el/la menor, el padre, la madre o el/la responsable esté participando en las actividades deportivas de CYO en el local de la Diócesis o de cualesquiera de sus propiedades o instalaciones.
2. **Indemnizar y declarar inocentes de perjuicios** a los Exentos de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o gasto que puedan resultar debido a la presencia del/de la menor, el padre, la madre o responsable en el local de la Diócesis, sus propiedades o instalaciones, o durante su participación en cualesquier actividad deportiva de CYO o causados por la negligencia de los Exentos u otra acción.
3. Que el padre, la madre o responsable ha leído este Convenio, **bajo su propia voluntad firman el Convenio**, y que no se han hecho ningunas declaraciones, afirmaciones ni instigaciones verbales aparte del contenido de este Convenio escrito.

He leído este Convenio y comprendo todo lo escrito anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, de la madre o del responsable

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, de la madre o del responsable

Fecha \_\_\_\_\_