DIOCESE OF YAKIMA

QUO VADIS DAYS

VOCATION DISCERNMENT YOUTH RETREAT FOR YOUNG MEN
DISCERNIMIENTO DE JÓVENES PARA HOMBRES

REGISTRATION FORM/ FORMAS DE REGISTRACIÓN

QUO VADIS DAYS

Corporation of the Catholic Bishop of Yakima
5301-A Tieton Drive
Yakima, Washington 98908

This document was last revised on May 27, 2016.
For the latest version of this document please refer to the Diocese of Yakima website at www.yakimadiocese.org

QUO VADIS DAYS

REGISTRATION FORM
FORMA DE REGISTRACIÓN

YOUTH PARTICIPANT TO COMPLETE THIS FORM

Please print / Por favor imprime

Participant's name/ Nombre del Participante: _____

Age/ Edad: _____

Size of Shirt/ Talla de Camiseta (S, M, L, XL): _____

E-mail/ Correo Electrónico: _____

School/ Escuela: _____

Grade/ Grado: _____

Home phone/ Teléfono: _____

Cell/ Celular: _____

PARISH INFORMATION/ INFORMACIÓN DE SU PARROQUIA

Parrish/ Parroquia: _____ City/Ciudad: _____

Pastor's Signature/ Firma del Pastor: _____

Why do you want to come to the retreat? / ¿Porque quieres asistir al retiro?: _____

_____

_____

YOUTH - Participant Signature/ JOVEN - Firma del Participante:_____

Date/Fecha: _____

Please return this REGISTRATION FORM to Jésus Alatorre
Diocese of Yakima
5301-A Tieton Drive, Yakima, WA 98908

DIOCESE OF YAKIMA
FIELD TRIP

MEDICAL INFORMATION AND PARENTAL/GUARDIAN CONSENT FORM/LIABILITY WAIVER

Participant's name_____

Birth date_____ Sex _____

Parent/Guardian's name_____

Home address_____

Home phone_____ Work phone_____

I,_____, grant permission for my child,_____,
Parent/Guardian name Child's name

to participate in this parish/school/youth ministry event that requires transportation to a location away from the parish/school/youth ministry site. This activity will take place under the guidance and direction of employees and/or volunteers from _____.
Name of parish/school youth group

A brief description of the activity follows:

Type of event__Quo Vadis Days: Vocational Discernment Retreat for Young Men 2016_____

Date of event__August 1-3, 2016_____

Destination of event___Camp Koinonia, 850 Camp Koinonia Ln Cle Elum, WA 98922_____

Individual in charge____$50 per Participant and $25 for any additional brother(s)_____

Estimated time of departure and return_____

Mode of transportation to and from event_____Bus_____

As parent and/or legal guardian, I remain legally responsible for any personal actions taken by the above named minor ("participant").

I agree on behalf of myself, my child named herein, or our heirs, successors, and assigns, to hold harmless and defend_____, its officers, directors, employees & agents,
Parish/school/youth group

And the of_____Diocese of Yakima_____, it's employees, and agents, chaperons, or
(Arch) Diocese

representatives associated with the event, from any claim arising from or in connection with my child attending the event or in connection with any illness or injury (including death) or cost of medical treatment in connection therewith, and I agree to compensate the parish/school/youth group, its officers, directors and agents, and the_____
_____, _
(Arch)Diocese

its employees and agents and chaperons, or representatives associated with the event for reasonable attorney's fees and expenses which may incur in any action brought against them as a result of such injury or damage, unless such claims arises from the negligence of the parish/school/youth group or ___Diocese of Yakima_____.
(Arch)Diocese

Parent/Guardian Signature_____ Date_____

MEDICAL MATTERS: I hereby warrant that to the best of my knowledge, my child is in good health, and I assume all responsibility for the health of my child. (Of the following statements pertaining to medical matters, sign only those that are applicable.) I understand that my medical insurance is always primary.

***Emergency Medical Treatment*:** In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital for emergency medical or surgical treatment. I wish to be advised prior to any further treatment by the hospital or doctor. **Please be aware that your medical insurance is always primary**. In the event of an emergency, if you are unable to reach me at the above numbers, contact:

Name & relationship_____ Phone_____

Family doctor_____ Phone_____

Family Health Plan Carrier_____ Policy #_____

Parent/Guardian Signature_____ Date_____

***Other Medical Treatment*:** In the event it comes to the attention of the parish/school/youth group, its officers, directors, and agents, and the, (Arch) Diocese__Diocese of Yakima_ chaperons, or representatives associated with the activity that my child becomes ill with symptoms such as a headache, vomiting, sore throat, fever, diarrhea, I want to be called collect (with phone charges reversed to myself).

Parent/Guardian Signature_____ Date_____

Medications: My child is taking medication at present. My child will bring all such medications necessary, and such medications will be well labeled. Names of medications and concise directions for seeing that the child takes such medications, including dosage and frequency of dosage, are as follows:_____

_____

Parent/Guardian Signature_____ Date_____

No medication of any type, whether prescription or non-prescription, may be administered to my child unless the situation is life threatening and emergency treatment is required.

Parent/Guardian Signature_____ Date_____

I hereby grant permission for non-prescription medication (such as non-aspirin products, i.e. acetaminophen or ibuprofen, throat lozenges, cough syrup) to be given to my child, if deemed appropriate.

Parent/Guardian Signature_____ Date_____

Specific Medical Information: The parish/school/youth group will take reasonable care to see that the following information will be held in confidence.

Allergic reactions (medications, foods, plants, insects, etc.):_____

Immunizations: Date of last tetanus/diphtheria immunization:_____

Does child have a medically prescribed diet?_____

Any physical limitations?_____

Is child subject to chronic homesickness, emotional reactions to new situations, sleepwalking, bedwetting, fainting?

_____

Has child recently been exposed to contagious disease or conditions, such as mumps, measles, chickenpox, etc.? If so, date and disease or condition:_____

You should be aware of these special medical conditions of my child:_____

Please return this MEDICAL INFORMATION FORM to Jésus Alatorre
Diocese of Yakima
5301-A Tieton Drive, Yakima, WA 98908

DIOCESE OF YAKIMA
FIELD TRIP

FORMA DE INFORMACIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO DE RESPONSABILIDAD

Nombre del Participante_____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Nombre del Padre/Guardián_____

Domicilio_____

Teléfono de Casa_____ Teléfono de Trabajo_____

Yo,_____, le doy permiso a mi hijo,_____,
Nombre del Padre/ Guardián **Nombre del hijo (a)**
para participar en este evento de la parroquia/escuela/ministerio de jóvenes que requiere transportación a una ubicación retirada del sitio del ministerio de la parroquia/escuela/diócesis. Esta actividad se llevará a cabo bajo la guía y dirección de los empleados y/o voluntarios de _____.
Nombre de la Parroquia/Escuela/Diócesis

Una breve descripción de la actividad siguiente:

Tipo of evento Retiro Quo Vadis: Discernimiento Vocacional De Jóvenes Para Hombres

Fecha del evento Agosto 1-3, 2016

Sitio del evento Camp Koinonia, 850 Camp Koinonia Ln Yakima, WA 98922

Costo por persona $50 por el primer participante, $25 por su (s) hermano (s)

Hora estimada de ida y regreso_____

Modo de transportación hacia y desde el evento Autobús

Como padre y/o guardián legal, quedo legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por el menor mencionado arriba (“participante”).

Estoy personalmente deacuerdo, al igual que mi hijo nombrado en este documento, o nuestros herederos, sucesores y escesionarios, de no hacer responsable a _____, y sus líderes, directores, empleados y agentes,
Parroquia/escuela/grupo juvenil, diócesis

Y a la Diocesis de Yakima, sus empleados, agentes, chaperones, o
(Arch) Diócesis
representantes asociados con el evento, de cualquier reclamación que surja de o en conexión con mi hijo que asiste al evento o en conexión con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con la misma, y estoy de acuerdo en compensar a la parroquia/ escuela/ grupo juvenil/ y sus líderes, directores y agentes Diócesis de Yakima,
(Arch) Diócesis
Sus empleados, líderes, agentes, chaperones, o representantes asociados con el evento por honorarios y gastos razonables de abogados que pueden incurrir en cualquier acción en su contra, como resultado de dicha lesión o daño, a menos que tales reclamaciones debido a negligencia del grupo parroquia/escuela/o grupo de jóvenes o Diócesis de Yakima.
(Arch) Diócesis

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

ASUNTOS MÉDICOS: Por la presente, garantizo a lo mejor de mi conocimiento, mi hijo está en buen estado de salud, y asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo. (De las siguientes afirmaciones relativas a cuestiones médicas, firmar sólo aquellas que sean aplicables.) Entiendo que mi seguro médico se aplicará siempre primordial.

Tratamiento médico de emergencia: En el caso de una emergencia, doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico. Tenga en cuenta que su seguro médico es siempre primordial. En el caso de una emergencia, si no pueden ponerse en contacto conmigo en los números anteriores, póngase en contacto con:

Nombre & relación_____ Teléfono_____

Doctor Familiar_____ Teléfono_____

Nombre del Plan de Aseguranza_____ Número de Póliza_____

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

Otro tratamiento médico: En caso que se mencione y llega a la atención del grupo de la parroquia / escuela / los jóvenes, sus líderes, directores y agentes, y similares, la Diócesis de Yakima y sus chaperones o representantes asociados con la actividad que mi hijo, se llega a enfermar con síntomas tales como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, yo quiero que se comuniquen conmigo (yo seré responsable por el costo de la llamada si hay algún costo que llegara a aplicarse.

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

Medicamentos: Mi hijo está actualmente tomando medicamento. Mi hijo llevará todos los medicamentos necesarios, y estos medicamentos estarán marcados. Los nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para ver que el menor tome este tipo de medicamentos, incluyendo dosis y la frecuencia de dosificación, los medicamentos son los siguientes:_____

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

Ningún medicamento de cualquier tipo, ya sean recetado o sin receta, se pueden administrar a mi hijo a menos que la situación sea peligrosa para la vida y no se requiera tratamiento de emergencia.

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

Por la presente autorizo a los medicamentos de venta sin receta (como los productos que no contengan aspirina, ibuprofeno o acetaminofeno es decir, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) que deba darse a mi hijo, si se considera apropiado.

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

Información Médica Especifica: La parroquia/ escuela/ grupo juvenil será responsable de ver que lo siguiente será tratado de manera confidencial.

Reacciones alérgicas (medicamentos, comidas, plantas, insectos, etc.):_____

Vacunas: Fecha de la última vacuna del Tétano/difteria:_____

¿Tiene su hijo una dieta prescripta por el médico?_____

¿Algunas limitaciones físicas?_____

¿El menor es sujeto a enfermedades crónicas al estar lejos de su hogar? Reacciones emocionales a nuevas situaciones, sonambulismo, incontinencia urinaria, desmayos. _____.

¿Ha sido el menor recientemente expuesto a una enfermedad contagiosa o a condiciones como paperas, sarampión, varicela, etc.? Si es así, cite la fecha y la enfermedad o condición:_____

Usted debe ser consciente de que mi hijo(a) padece de esta(s) condición(es) médicas:_____

Favor de entregar esta forma de INFORMACIÓN MÉDICA a Jesús Alatorre
Diocese of Yakima
5301-A Tieton Drive, Yakima, WA 98908