



# DIOCESE OF YAKIMA

## QUO VADIS DAYS

VOCATION DISCERNMENT YOUTH RETREAT FOR YOUNG MEN  
DECERNIMIENTO VOCACIONAL PARA JOVENES

REGISTRATION FORM/ FORMAS DE REGISTRACIÓN



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



# 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 Michael Kelly  
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 2017

Date of event July 31 - August 2, 2017

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, its 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 Michael Kelly  
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 2017

Fecha del evento July 31 – 2 de Agosto 2017

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 de acuerdo, 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 Diócesis 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 Específica:** 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 prescrita 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: \_\_\_\_\_