



DIOCESE OF YAKIMA

QUO VADIS DAYS

DISCERNIMIENTO VOCACIONAL PARA JOVENES

FORMULARIO 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**

INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTORES/RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

VIAJE DE ESTUDIO

Nombre de participante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre de padres/tutores: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____

Yo, _____ doy permiso para que mi hijo/a, _____

Nombre de padre o tutor

Nombre de hijo

que participe en este evento de la parroquia/escuela que requiere el transporte fuera del sitio de la parroquia/escuela.

Esta actividad se llevará a cabo bajo la orientación y dirección de los empleados y voluntarios de la

parroquia/escuela de _____.

Nombre de parroquia/escuela

Sigue una breve descripción de la actividad:

Tipo del evento: Quo Vadis Days: Discernimiento Vocacional Para Jóvenes 2018

Fecha del evento: 30 de julio – 1ro de agosto 2018

Destino del evento: Parroquia La Sagrada Familia, 5315 Tieton Drive Yakima, WA 98908

Individuo responsable: \$50 por el primer participante, \$25 por su (s) hermano (s)

Hora estimada de salida y de regreso: _____

Medio de transporte hacia y desde el evento: Autobus

Como padre y/o tutor legal, continúo siendo legalmente responsable por las acciones personales realizadas por el menor antes mencionado (“participante”).

Estoy de acuerdo en mi nombre, mi hijo antes mencionado, nuestros herederos, sucesores y beneficiarios a absolver (relevar) de responsabilidad y defender a _____,

Nombre de Parroquia/Escuela

sus funcionarios, directivos, empleados y agentes de la Archi/Diócesis de Diócesis de Yakima, sus empleados, acompañantes, y representantes que están vinculados con el evento o en conexión con una enfermedad o lesión (incluyendo muerte) o costos de tratamiento médico en conexión con el mismo, y estoy de acuerdo a compensar la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos, agentes, y a la Archi/Diócesis de Diócesis de Yakima, sus empleados, acompañantes, agentes y representantes que están vinculados con el evento por los honorarios razonables de abogado y gastos en que pueda incurrir en cualquier acción contra ellos como resultado de tales lesiones o daño, a menos que tal relamo resulte por la negligencia de la parroquia/escuela o la Archi/Diócesis de Diócesis de Yakima.

Firma: _____ Fecha: _____

ASUNTOS MÉDICOS: Por la presente, garantizó que a lo mejor de mi conocimiento, mi hijo se encuentra en buen estado de salud y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. (De las siguientes declaraciones relacionadas con los asuntos médicos, firme sólo las que son aplicables.)

Tratamiento médico de emergencia: En el caso de una emergencia, doy permiso a transportar mi hijo a un hospital para el tratamiento médico de emergencia o tratamiento quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico. En el caso de una emergencia, si Ud. no puede ponerse en contacto conmigo en los números antedichos, póngase en contacto con:

Nombre y relación: _____
Teléfono: _____ Médico familiar: _____ Teléfono: _____
Compañía de plan de salud familiar: _____ Numero de Póliza: _____
Firma: _____ Fecha: _____

Otro tratamiento médico: En el caso de que llegué a la atención de la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos, agentes y la Archi/Diócesis de _____, acompañantes o representantes que están vinculados con la actividad, que mi hijo se sienta mal (enferme) con síntomas como dolor de la cabeza, vómito, dolor de la garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llamen por cobrar (con cargos telefónicos invertidos para mí).

Firma: _____ Fecha: _____

Medicamentos: Mi hijo está tomando medicamento en este momento. Mi hijo traerá todos los medicamentos necesarios, y tales medicamentos deberán llevar una etiqueta que indique claramente su contenido. Nombres de los medicamentos y instrucciones precisas para asegurar que el niño tome tales medicamentos, incluyendo la dosis y frecuencia de la dosis, son los siguientes:

Firma: _____ Fecha: _____

Ningún medicamento de cualquier tipo, con ó sin receta médica puede ser administrado a mi hijo a menos que la vida de mi hijo corra peligro y se requiera tratamiento de emergencia.

Firma: _____ Fecha: _____

Por lo presente, doy permiso para administrar medicamentos sin receta médica (como productos que no contienen aspirina, por ejemplo paracetamol o ibuprofeno, pastilla para la garganta, y jarabe para la tos) deben darse a mi hijo, si considera apropiado.

Firma: _____ Fecha: _____

Información médica específica: La parroquia tomara precauciones razonables para asegurarse que la siguiente información sea mantenida en confidencialidad.

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

Inmunizaciones: Fecha de última inmunización de tétanos/difteria: _____

¿Tiene el niño/a una dieta médicamente recetada? _____

¿Hay limitaciones físicas? _____

¿Tiene el niño/a nostalgia crónica, reacciones emocionales a situaciones nuevas, sonambulismo, incontinencia durante la noche (moja la cama) o desmayos? _____

¿Ha estado expuesto recientemente el niño/a a condiciones ó enfermedades contagiosas como las paperas, el sarampión, la varicela? En caso afirmativo, escriba la fecha y la enfermedad o condición:

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas de mí hijo/a:

