



MINISTERIOS DE NIÑOS/JOVENES DE CLC/ICV

190 E El Roblar Drive, Ojai, CA 93023

Permiso Paternal, Certificación y Autorización Médico

©1995 Leyes de Reportes de Iglesias

Los padres y guardians legales de niños menores necesitan llenar esta forma y devolverla a la Iglesia. La información pedida está destinada a asistir a la Iglesia proveer seguridad de menores durante actividades patrocinadas por la iglesia.

Información General (letra de molde, por favor)

Nombre del Niño o Joven _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre _____ Nombre de la Madre _____

Dirección del Niño _____

Teléfono de Casa _____ Celular/Trabajo de Padre/Madre _____

Médico de la Familia _____ Teléfono del Médico _____

Compañía de Seguros _____ Número de la Póliza _____

Permiso y Certificación

Yo, el (la) abajo firmado(a), siendo el padre (madre) y el guardian del niño(a) nombrado(a) arriba, doy mi permiso para la participación de mi hijo(a) en todas las actividades programadas regularmente por los Ministerios de Niño y Jóvenes de Church of the Living Christ (Iglesia del Cristo Viviente), incluyendo salidas de recreo, campamentos, natación, caminatas, eventos de deportes, y cualquier otra actividad asociada con CLC (ICV). Además, certifico que mi hijo(a) está bien de salud para participar en tales eventos, incluyendo la natación, **excepto lo notado aquí.**

Preguntas Médicas

. ¿Su hijo(a) está recibiendo tratamiento por una herida o enfermedad o está tomando algún medicamento por alguna razón? O Sí O No (si la respuesta es sí, favor de explicar).

. ¿Su hijo(a) tiene alguna alergia (incluyendo medicamentos)? O Sí O No (Si la respuesta es sí, favor de explicar)

. ¿Su hijo(a) camina dormido(a)? O Sí O No

. Favor de indicar el nivel de capacidad de nadar: O No nada O Principiante O Intermedio O Avanzado(a)

. ¿Su hijo(a) tiene alguna condición física o enfermedad que impida a él o ella participar en las actividades descritas arriba o en cualquiera otra actividad rigurosa? O Sí O No

Si la respuesta es sí, favor explicar abajo. Una carta tiene que ser sometida por el medico de su hijo(a) para participar en tales actividades.

. ¿Su hijo(a) requiere una dieta especial? O Sí O No (Si la respuesta es sí favor de explicar.)

Autorización Para Tratamiento Médico

Siendo el padre/madre o guardian legal de _____(favor de imprimir el nombre del menor en letra de molde) yo _____(Padre/madre/guardian **(letra de molde)**) doy mi permiso para cualquier tratamiento necesario, incluyendo rayo X, anestesia, medico, quirúrgico, o diagnóstico dental, para mi hijo(a) menor. Además, yo entiendo que todos los esfuerzos serán hechos para avisarme antes del tratamiento. En el evento que no me pueden contactar en una emergencia, yo doy mi permiso para que el líder de actividades tome la decisión para el tratamiento necesario. Si no hay un líder de actividades disponible, doy mi permiso al médico atendiendo a mi hijo(a) atenderlo. Además entiendo que cualquier médico, dentista, ú otro proveedor atendiendo a mi hijo(a) tomará precauciones de seguridad durante su atención.

Además, como padre/madre/guardian legal, yo soy responsable por las decisions de salud de mi hijo(a) menor y prometo que mi plan de seguridad es el plan primordial para pagar el tratamiento dental, medico, o hospital dado a mi hijo(a). La poliza de la Iglesia ú organización auspiciando el evento sera usada como cobertura secundaria.

Yo prometo notificar a CLC o ICV en el evento de algun cambio de salud que restrige a la participación de mi hijo(a) para alguna actividad normal. También entiendo que los supervisors adultos tienen el derecho de restringir a mi hijo(a) de alguna actividad que ellos sienten que no esté dentro de las capacidades físicas de mi hijo(a).

Yo entiendo que todas las precauciones de seguridad razonables serán tomadas por los líderes de esta actividad, y que la posibilidad de algún peligro no esperado puede existir. Yo prometo no tener responsables a Church of the Living Christ (Iglesia del Cristo Viviente), sus líderes, empleados, o voluntarios, por daños, pérdidas, enfermedad, o herida incurridos por mi menor nombrado(a) en esta hoja.

Una fotocopia de esta forma será válida tal como la original.

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha

Notario necesitado solo si está indicado en el volante

State of _____)

)ss.

County of _____)

On this _____ day of _____, _____, before me, _____, a

Notary Public in and for said state personally appeared _____,

Known to me to be the person who executed the within agreement and acknowledged to me that he/she executed the same for the same purpose therein stated.

Notary Public

My commission expires: _____