

INFORMACIÓN JUVENIL

Nombre del joven _____ Femenino Masculino
(primero) (inicial) (apellido)

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Edad ___ Grado ___ Escuela _____

Calle _____ Ciudad _____ Estado ___ Código _____

INFORMACIÓN SACRAMENTAL *En caso afirmativo, indique el nombre de la parroquia, ciudad y estado.*

Bautismo Sí No _____

Primera Reconciliación Sí No _____

Primera Comunión Sí No _____

Confirmación Sí No _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre del padre _____ Religión _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Nombre de la madre _____ Religión _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

El joven vive con: Ambos Madre Padre Guardián

Idioma principal que se habla en casa: Inglés Español Otro: _____

Somos feligreses registrados de St. Dominic. Sí No

Regularmente asistimos a la misa de: Vigilia de las 5pm 7:30am 10am 12:30pm 5 pm

Tenemos otros niños en: YD/CGS Edge Lifeteen RICA/Preparación Sacramental

Firma del padre / tutor: _____ Fecha _____

Imprima su nombre: _____

DONACIONES ACEPTADAS

Te invitamos a considerar en oración la realización de una donación para apoyar nuestra misión de ayudar a la juventud de la escuela secundaria a encontrar a Cristo, formar discípulos misioneros y evangelizar a otros.

Por favor acepta mi donación de: \$10 \$20 \$30 \$40 \$50 Otro \$ _____

ANNUAL MEDICAL INFORMATION FORM / FORMULARIO ANUAL DE INFORMACION MEDICA

Child's Name (Nombre del/la menor): _____

Address (Dirección): _____ City, State (Ciudad, Estado) _____

Zip (Código Postal): _____

Sex (sexo): _____ Date of Birth (fecha de nacimiento): _____ Age (Edad): _____ Grade (grado): _____

School (Colegio): _____

Doctor's Name (Nombre del doctor): _____ Phone Number (Teléfono): _____

Father/Guardian's full name: (Nombre completo del Padre/tutor): _____	
Home Phone (Teléfono de la residencia): _____	Cell Phone (Celular): _____
Home address (Dirección de la residencia): _____	
Place of business/address: (Dirección de trabajo): _____	Phone (Teléfono): _____

Mother/Guardian's full name (Nombre completo de la madre/tutora): _____	
Home Phone (Teléfono de la residencia): _____	Cell Phone (Celular): _____
Home address: (Dirección de la residencia): _____	
Place of business/address (Dirección del trabajo): _____	Phone (Teléfono): _____

Relative or friend to contact if unable to reach parent/guardian in the event of emergency (Pariente o amigo que se comunique con los padres/tutor en caso de una emergencia)	
Name & Relationship (Nombre y parentesco): _____	
Phone (Teléfono): _____	

Insurance Carrier (Compañía de Seguros) _____	
Insurance Policy Number (Número de la póliza): _____	
Insurance is provided by which parent and/or place of employment? ¿Cuál de los padres y/o sitio de trabajo está asegurado? _____	
Address and Phone Number of Company (Dirección y Número de teléfono de la Compañía): _____	

MEDICATIONS: (EITHER A PHYSICIAN'S PRESCRIPTION OR A PARENT NOTE MUST ACCOMPANY ALL MEDICATIONS. PRESCRIPTION / NOTE SHOULD BE ATTACHED TO THIS FORM.) My child is taking the following medication(s):

Medicamentos: todos los medicamentos deben tener una fórmula médica o una nota adjunta de los padres a este formulario. Mi hijo/a toma los siguientes medicamentos

Description (Descripción): _____ Dosage (Dosis): _____

Description (Descripción): _____ Dosage (Dosis): _____

I hereby grant permission for non-prescription medications to be given, if deemed appropriate (Por medio del presente otorgo permiso para dar medicamentos sin fórmula media, si la situación lo amerita).

Drug Allergies (Alergias a medicamentos): _____

Other Allergies (food, plants, insects, etc. (Otras alergias-comida, plantas, insectos): _____

Other known diseases, disorders, or disabilities: (Otras enfermedades, desordenes o incapacidades conocidas) _____

Si usted desea que su hijo/hija participe en este evento, favor firmar y devolver el siguiente formulario de autorización de descargo y

responsabilidad. Como padres o tutores legales, ustedes asumirán plena responsabilidad como consecuencia de cualquier acción personal que el /la joven decida tomar.

Tomando en cuenta la oportunidad que tiene mi hijo/a de participar en este evento, y consciente plenamente sobre el elemento de riesgo que esta participación conlleva, nosotros asumimos todos los riesgos y peligros imprevistos que dicha participación puede ocasionar y por medio del presente documento autorizamos, absolvemos, indemnizamos y acordamos eximir de toda responsabilidad a la Diócesis de Pensacola-Tallahassee y a la Parroquia de Iglesia Católica de Santo Domingo. Ni la Diócesis de Pensacola-Tallahassee, ni la Parroquia Iglesia Católica de Santo Domingo ni dichos agentes, empleados, o voluntarios serán financieramente responsables de ninguna lesión, enfermedad o muerte que suceda como resultado directo o indirecto de esta actividad. Nosotros, los suscritos hemos leído el presente documento y comprendemos todos los términos y firmamos de manera voluntaria y con pleno conocimiento de su importancia.

TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA: En caso de una emergencia, yo/nosotros autorizamos por la presente a la Diócesis de Pensacola-Tallahassee y a la Parroquia Iglesia Católica de Santo Domingo a través de sus representantes autorizados a transportar a mi hijo/a al hospital o cualquier oficina médica o centro de salud donde se presten servicios médicos de emergencia, Yo/nosotros, adicionalmente autorizamos a dichos representantes de la Diócesis y/o Colegio a obtener o dar autorización a todo tratamiento médico que el representante considere necesario, incluyendo la administración de anestésico y cirugía y eximimos de responsabilidad a la Diócesis y la Parroquia Iglesia Católica de Santo Domingo y sus representantes autorizados de todo y cada uno de los reclamos que surjan como resultado de la obtención y autorización del tratamiento médico anteriormente mencionado. Yo/nosotros deseamos que se nos informe, si es posible, antes de suministrar un tratamiento médico que no sea de emergencia por proporcionado por cualquier médico u hospital.

Divulgación de los Medios de Comunicación

_____ Yo/nosotros damos autorización a la Diócesis de Pensacola-Tallahassee y cualquiera de sus organizaciones afiliadas, incluyendo, pero no se limita a la revista The Catholic Compass, a usar el nombre de mi hijo/a y/o su fotografía para fines de divulgar promociones, noticias o relaciones públicas en medios impresos o medios electrónicos.

_____ Yo/nosotros NO damos autorización a la Diócesis de Pensacola-Tallahassee y cualquiera de sus organizaciones afiliadas, incluyendo, pero no se limita a la revista The Catholic Compass, a usar el nombre de mi hijo/a y/o su fotografía para fines de divulgar promociones, noticias o relaciones públicas en medios impresos o medios electrónicos.

Print parent/Guardian Name / (*Nombre Padres/tutor Escribir en letra de impresa*)

Signature of Parent/Guardian / (*Firma de padres/tutor*)

Date / (*Fecha*)

THIS FORM MUST BE KEPT AT THE PARISH AND RENEWED ANNUALLY

Este formulario lo deben tener en la parroquia y renovarlo cada año

DIOCESIS DE PENSACOLA-TALLAHASSEE

AUTORIZACION PARA EL USO DE INFORMACION O IMAGENES GRAFICAS DE UN/A MENOR DE EDAD EN LOS MEDIOS DE COMUNICACION

Yo, _____, padres/tutor legal del/la
(nombre en letra de imprenta)

menor(res) de edad _____
(nombre (s) en letra de imprenta)

autorizo por medio de la presente a la Diócesis de Pensacola-Tallahassee y a cualquiera de sus organizaciones afiliadas, que incluye, pero no se limita, a la revista The Catholic Compass, para el uso del nombre (s) de mi hijo/os y/o fotografías (s) con fines de promoción, noticias o relaciones públicas en medios impresos y/o medios electrónicos.

Firmado el día _____ de _____, del _____ (año)

(Firma)

Sírvase tener en cuenta que el uso de imágenes y/nombres está de conformidad con las políticas de uso y privacidad de la Diócesis de Pensacola-Tallahassee, tal como aparecen en la publicación contenida en www.ptdiocese.org. Los nombres de los/las menores de edad no se publican electrónicamente con sus fotografías.

DIOCESIS DE PENSACOLA-TALLAHASSEE

Autorización de Padres o Tutor para comunicarse directamente con menores de edad

Este formulario le permite a usted identificar a las personas que se pueden comunicar con su(s) menor(es) de edad y el medio para hacerlo. Los padres de familia y los tutores pueden autorizar a ser incluidos en todas las comunicaciones escritas o de texto, a excepción de aquellas que se dan en los sitios de redes sociales oficiales o comunidades en línea administradas y mantenidas por el ministerio, la parroquia o el colegio de acuerdo con las políticas diocesanas y aprobadas por los padres de familia o tutores contenidos en este formulario.

Ministerio Diocesano, Organización, Parroquia o Colegio (el ministerio diocesano, organización, parroquia o colegio deben llenar esta sección del formulario)

Número de celular Flocknote

Correo electrónico edge@saintdominicpc.com

Sitio(s) de red(es) social(les) Facebook, Twitter, and Instagram

Esta sección la deben llenar los Padres o tutores:

Nombre (padres/tutor) _____

Nombre del/la menor _____

Usted NO PUEDE comunicarse directamente con mi hijo/a directamente (firmar y devolver el formulario)

Usted SI PUEDE comunicarse directamente con mi hijo/a (firmar, llenar completamente y devolver el formulario)

Autorizo la comunicación con mi hijo/a de la siguiente forma:

Llamada telefónica o mensaje de voz al número de teléfono _____

SMS o mensaje de texto al número de teléfono _____

Redes sociales patrocinadas por el grupo llamado _____

Correo electrónico _____

Firma de los padres o tutor _____ Fecha _____