



Permiso Para Divulgación de Imagen

(Asignación de Fotografía e Imagen, Renuncia y Permiso Para Publicar)

(Spanish Version of "Image Release Form", Photography and Image Assignment, Waiver, and Release)

Yo _____, en consideración valiosa recibida y la autoridad para acceso a la propiedad, actividades o eventos Diocesanos, expresamente asigno a _____ y a la Diócesis de Orlando en general, a todos sus agentes, futuros, actuales y pasados, y entidades relacionadas (colectivamente, "la Diócesis) todos los derechos, títulos e intereses en, y para el uso de la imagen o semejanza de la misma, incluyendo pero no limitado a todas las grabaciones de video, fotografías, grabaciones de audio, hechas por mí, y/o por mi hijo(a) o su guardián, durante cualquier evento patrocinado por la Diócesis o para cualquier otro propósito diocesano ("la Propiedad"). La Diócesis tendrá, sin necesidad de mi consentimiento previo, el derecho de asignar y traspasar sus derechos a la Propiedad, en parte o en su totalidad, a cualquier publicación diocesana, comunicado de prensa, entidad, parroquia o escuela dentro de la Diócesis de Orlando.

Por este medio concedo este derecho irrevocable a la Diócesis perpetua y exclusivamente para utilizar e incorporar (solo o en conjunto con otros materiales) en su totalidad o en parte, en cualquier publicación diocesana, comunicado de prensa, o para cualquier otro propósito. Además autorizo la reproducción, venta, arrendamiento, derechos, exposición, transmisión o distribución de la Propiedad sin limitación alguna para cualquier propósito y por este medio renuncio a todos los derechos de compensación por la participación o aparición mía o de mi hijo(a) en dicha Propiedad. Entiendo y he sido informado que las fotografías o videos de los participantes pueden ser utilizadas en publicaciones, páginas Web o en otros materiales producidos ocasionalmente por la Diócesis. El nombre del participante no puede identificarse sin autorización previa por escrito. Además, entiendo que la diócesis no tiene control sobre el uso de fotografías o película(s) tomadas por medios de comunicación cubriendo el evento en el que mis hijos yo menores bajo mi tutela participan.

Este documento confirma mi renuncia a cualquier reclamación en contra de la Diócesis, sus religiosos, empleados, voluntarios, agentes, sucesores y cesionarios actuales, anteriores o futuros, y en contra de cualquier reclamo, demanda, acción legal, causas de acciones, costos, gastos pasivos y daños que yo y/o mi hijo(a)/menor bajo mi tutela pueda tener en contra de la Diócesis relacionadas con la Propiedad o el uso de la Propiedad.

Este documento no obliga a la Diócesis a utilizar la Propiedad o a utilizar cualquiera de los derechos otorgados en el mismo, o exhibir, distribuir o explotar la Propiedad. Reconozco que la Diócesis no puede controlar todo acceso fotográfico a sus Propiedades y que el nombre de mi hijo(a)/menor bajo mi tutela puede ser impreso con fotos e imágenes en diversas publicaciones, incluyendo publicaciones no diocesanas.

Represento y confirmo que soy mayor de dieciocho años de edad, y que he leído y comprendo los términos de este documento.

Firma

Fecha

Testigos

Si aplica, nombre del guardian del menor :



Formulario de Información Médica y Consentimiento de Padre(s)/Guardián

Spanish Version of the Parental/Guardian Medical Information & Consent Form

Información del Participante

Nombre del Participante:				Fecha de Nacimiento:	
Dirección:		Cuidad:	Estado:	Código Postal:	Phone:
Nombre de Padre:			Teléfono:		
Nombre de la Madre:			Teléfono:		
Nombre del Contacto de Emergencia:			Lenguajes del Contacto de Emergencia:		

Información Médico

Por la presente garantizo con lo mejor de mi conocimiento, que toda la información proporcionada es verdadera y correcta y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar el formulario de consentimiento & información médica si hay cualquier cambio en la salud de mi hijo. *(Poner iniciales)* _____

Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de emergencia, doy autorización para que mi hijo sea transportado a un hospital o clínica para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. *(Poner iniciales)* _____

Médico de Familia:	Teléfono:
--------------------	-----------

Medicamentos: Por este medio **doy autorización** para que a mi hijo se le provean los siguientes medicamentos. Todos los medicamentos deben estar debidamente identificados. (NOTA: Todo medicamento de prescripción debe estar en el envase original de la farmacia con el nombre del joven o niño en la etiqueta. Los medicamentos no prescritos deben estar en su envase original con el nombre del joven o niño en el envase. Libero y eximo a *(nombre de la edad)* _____,

la Diócesis de Orlando y cualquier otro religioso, empleado, voluntarios, agentes y representantes de cualquier daño o perjuicio resultante de la administración del medicamento. *(Poner iniciales)* _____

Los nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para verificar que el niño toma dichos medicamentos con las dosis y frecuencia apropiadas, son como siguen:

Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:

Información sobre Condiciones Médicas: (Se tomarán pasos razonables para mantener esta información confidencial, pero la misma será compartida con personal Diocesano y otros según sea necesario.) Mi hijo/hija:

- Es alérgico a los siguientes medicamentos: _____
- Ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado con: Ataques Asma Diabetes
- Ha tenido una reacción alérgica a (comidas, tintes, látex, etc.) _____
- Ha tenido cirugía dentro de los últimos seis meses Sí No ¿Todavía bajo cuidado médico? Sí No
- Tiene una dieta medicamente prescrita *(favor explicar)* _____
- Tienen las siguientes limitaciones físicas: _____
- ¿Tienen las vacunas al día? Sí No Fecha de la última vacuna de tétano/difteria _____
- Debe estar consciente de las siguientes condiciones médicas especiales de mi hijo/hija: _____

Información de seguro

<input type="checkbox"/> No tengo seguro médico en este momento	Compañía de seguro
<input type="checkbox"/> Tengo seguro médico en este momento	
Nombre del asegurado	Número de póliza:

En caso de que el participante no tenga seguro, el pago por cuidado medico, en su totalidad, es responsabilidad del padre/guardián del participante.

Firma del Padre(s)/Guardián

(debe ser firmado para cualquier participante menor de 18 y mayor de 18 si todavía está en escuela secundaria)

Fecha