



Diócesis de Metuchen  
Ministerio de Jóvenes – Formulario de Registro



*(Esta porción debe completarse previo a duplicarse)*

Parroquia: \_\_\_\_\_ Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_  
 Actividad: - Ministerio de la Juventud Eventos/Actividades para [Escuela/Calendario Anual] -  
 Lugar de Eventos/Actividades: \_\_\_\_\_  
 Supervisor: - [Nombre del Coordinador del Ministerio de Jóvenes Católico – CCYM] -  
 Información de Contacto del Supervisor: \_\_\_\_\_

*(Esta porción debe completarse por el padre o apoderado)*

Nombre Completo del joven: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Madre: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia:** Nombre y teléfono de un contacto que no sean los padres.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Información de Sacramentos:

Marque Sacramentos recibidos: \_\_\_\_ Bautismo \_\_\_\_ Eucaristía \_\_\_\_ Confirmación

Por favor, complete la siguiente pregunta si su hijo(a) tiene necesidades específicas – esta información nos ayudará a ofrecer recursos de acuerdo con las necesidades de su hijo(a) y **no catalogará** al joven en ninguna forma.

Por favor, circule: ADD / ADHD Alergia Alimentos / Epi-pen\*

Condición Médica/Medicamentos: \_\_\_\_\_

Servicios Especiales: IEP, Sala de Recursos, Apoyo en Clase: \_\_\_\_\_

❖ **Por favor note:** Si su niño(a) **debe** cargar un Epi-pen, debe proveer permiso firmado por los padres y médico.

Información Adicional Familiar:

¿Es usted padre/madre soltero?	Sí	No	¿Padres fallecidos?	Sí	No
¿Padres separados?	Sí	No	¿Padres Divorciados?	Sí	No

¿Hay alguien que **no deba** llevar su niño(a) a casa? ¿Quién? \_\_\_\_\_

Tutela No Parental \* \_\_\_\_\_

Problemas de Custodia/Visitas\* \_\_\_\_\_

\*Copia de sus documentos de Corte deben incluirse con este Formulario de Registro.



### CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES

Yo/Nosotros consentimos que mi hijo/a, \_\_\_\_\_ (“mi hijo/a”), participe en el programa/actividad antes descrita. Yo/Nosotros específicamente renuncio y libero de cualquier responsabilidad y de todo reclamo de cualquier naturaleza que Yo/nosotros pueda tener ahora o en el futuro contra la mencionada parroquia y/o la escuela, la Diócesis de Metuchen, sus representantes, empleados, agentes y asignados (incluyendo, pero no limitado a, el personal y los adultos supervisores) que derive de, se relacione o conecte de alguna manera con el/la programa/actividad antes descrito/a incluyendo, pero no limitado a, reclamos que puedan derivarse de cualquier accidente o lesión sufrida por mi hijo o pérdida o daño a la propiedad en ruta, durante y/o de regreso de la actividad.

### AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO

Si tratamiento médico de emergencia fuera necesario y Yo/Nosotros no pudiera ser localizado inmediatamente, Yo/Nosotros autorizamos a los agentes encargados de la mencionada parroquia a consentir en tratamiento médico o cirugía de naturaleza emergente o no emergente, incluso hospitalización o consulta externa, ser dados a mi hijo bajo la supervisión general o especial y el consejo de un médico, cirujano o dentista. Dicho consentimiento puede incluir, pero no se limita a, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico, pruebas de diagnóstico, exámenes de sangre, radiografías, transfusiones de sangre, tratamientos intravenosos, administración de medicamentos o anestésicos, y lo relacionados con los procedimientos que se consideren convenientes o necesarios. Se entiende que esta autorización se ofrece con antelación a cualquier diagnóstico específico, tratamiento o atención médica en un hospital, pero concede autoridad y poder a los agentes delegados de la mencionada parroquia para dar consentimiento específico para cualquier y todo diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria que el mencionado médico, cirujano o dentista, en el ejercicio de su mejor criterio, estime conveniente. Entiendo que asumimos toda responsabilidad financiera para la prestación de dicha asistencia en el momento que tal cuidado es proporcionado por la agencia, hospital o centro. Entiendo que representantes de la diócesis o parroquia NO están autorizados a recetar medicamentos – a menos que los padres discutieran anticipadamente la necesidad de medicación específica ya señalada en este formulario. En caso de que mi hijo requiera medicación durante la actividad antes descrita, entiendo que mi hijo debe ser entrenado para auto-administrarse el medicamento o que esté presente un padre para administrar medicamentos.

### PUBLICACION DE FOTO

Se otorga a la Diócesis de Metuchen y sus parroquias, escuelas y asignados, el derecho irrevocable y sin restricción de usar, reproducir y publicar fotografías o vídeos de mi hijo, incluyendo su imagen y semejanza para publicaciones, publicidad o páginas web o cualquier otro propósito de la diócesis, parroquia o escuela y en cualquier forma y medio; para modificar la misma sin restricción; y derechos de autor de la misma. Queda relevada la Diócesis de Metuchen y sus administradores, agentes, empleados, representantes legales y cesionarios de cualquier reclamo, acción o responsabilidad de toda naturaleza y en relación con el uso de dicha fotografía o vídeo(s).

### DISCIPLINA / COSTO DE TRANSPORTACION O DAÑOS

Yo/nosotros estamos de acuerdo que hemos leído y entendido las *Políticas y Normas de Conducta, Oficina del Ministerio de Jóvenes y Adultos* (visite [www.diometuchen.org/yyam](http://www.diometuchen.org/yyam)) y estamos de acuerdo en que se obedezcan. Consentimos en respetar los derechos y la propiedad de otros, y además entendemos que el vandalismo, el robo o insubordinación no será tolerado. Asumimos toda la responsabilidad en todas y cada una de las obligaciones financieras que se deriven de cualquier comportamiento de este tipo o la violación de las Políticas y Normas de Conducta. Si es necesario que mi hijo/a regrese al hogar debido a razones médicas, medidas disciplinarias o de otra forma, asumimos toda la responsabilidad y los costos de transporte.

Nombre del Padre/Encargado (molde): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_