YOUTH SERVICE DAY DÍA DE SERVICIO JUVENIL

REGISTRATION FORM
FORMA DE REGISTRACIÓN

YOUTH PARTICIPANT TO COMPLETE THIS FORM / PARTICIPANTE JUVENIL DEBE COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Please print / Por favor imprima

Participant's name/ Nombre del Participante: _____

Age/ Edad: (Ages 12-17 / Edades 12-17)

School/ Escuela: _____

Grade/ Grado: _____

Emergency Contact 1 / Contacto de Emergencia 1

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____ Phone/Teléfono: _____

Emergency Contact 2 / Contacto de Emergencia 2

Name/Nombre: _____ Relationship/Relación: _____ Phone/Teléfono: _____

PARISH INFORMATION/ INFORMACIÓN DE SU PARROQUIA

Parrish/ Parroquia: _____ City/Ciudad: _____

Youth Minister (if applicable)/ Ministro Juvenil (si aplica): _____

What are you looking forward to at Youth Service Day? /
¿Que esperas vivir en el Dia de Servicio Juvenil?:

_____

_____

_____

YOUTH - Participant's Signature/ JOVEN - Firma del Participante:_____

Date/Fecha: _____

Please return this REGISTRATION FORM to your Youth Minister or to the Diocese of Yakima
101 S. 12th Ave, Yakima, WA 98902

Favor de entregar esta FORMA DE REGISTRACION a su Ministro Juvenil o a la Diocesis de Yakima
101 S. 12th Ave, Yakima, WA 98902

DIOCESE OF YAKIMA
FIELD TRIP

FORMA DE INFORMACIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO DE RESPONSABILIDAD

Nombre del Participante_____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Nombre del Padre/Guardián_____

Domicilio_____

Teléfono de Casa_____ Teléfono de Trabajo_____

Yo,_____, le doy permiso a mi hijo,_____,
Nombre del Padre/ Guardián **Nombre del hijo (a)**

para participar en este evento de la parroquia/escuela/ministerio de jóvenes que requiere transportación a una ubicación retirada del sitio del ministerio de la parroquia/escuela/diócesis. Esta actividad se llevará a cabo bajo la guía y dirección de los empleados y/o voluntarios de _____.
Nombre de la Parroquia/Escuela/Grupo Juvenil

Una breve descripción de la actividad siguiente:

Tipo de evento: Dia de Servicio Juvenil / Congreso de Mision de la Iglesia
Fecha del evento: 9-10 de octubre de 2026
Lugares: St. Paul Cathedral Mission Center, 1214 W Chestnut Ave, Yakima, WA 98902;
La Salle High School, 3000 Lightning Way, Union Gap, WA 98903
Encargado: Alejandro Meza Robledo - (509) 952-3672
Costo: _____
Horario: viernes 9 de octubre a las 12:00 PM hasta sábado 10 de octubre a las 3:30 PM

Como padre y/o guardián legal, quedó legalmente responsable de cualquier acción personal tomada por el menor mencionado arriba ("participante").

Estoy personalmente de acuerdo, al igual que mi hijo nombrado en este documento, o nuestros herederos, sucesores y cesionarios, de no hacer responsable a _____, y sus líderes, directores, empleados y agentes,
Parroquia/escuela/grupo juvenil, diócesis

Y a la La Salle High School y Diócesis de Yakima, sus empleados, agentes, chaperones, o
(Arch) Diócesis
representantes asociados con el evento, de cualquier reclamación que surja de o en conexión con mi hijo que asiste al evento o en conexión con cualquier enfermedad o lesión (incluida la muerte) o el costo del tratamiento médico en relación con la misma, y estoy de acuerdo en compensar a la parroquia/ escuela/ grupo juvenil/ y sus líderes, directores y agentes Diócesis de Yakima,
(Arch) Diócesis
Sus empleados, líderes, agentes, chaperones, o representantes asociados con el evento por honorarios y gastos razonables de abogados que pueden incurrir en cualquier acción en su contra, como resultado de dicha lesión o daño, a menos que tales reclamaciones debido a negligencia del grupo parroquia/escuela/o grupo de jóvenes o Diócesis de Yakima.
(Arch) Diócesis

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

ASUNTOS MÉDICOS: Por la presente, garantizo lo mejor de mi conocimiento, mi hijo está en buen estado de salud, y asumo toda responsabilidad por la salud de mi hijo. (De las siguientes afirmaciones relativas a cuestiones médicas, firmar sólo aquellas que sean aplicables.) Entiendo que mi seguro médico se aplicará siempre primordial.

Tratamiento médico de emergencia: En el caso de una emergencia, doy permiso para transportar a mi hijo a un hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico. Tenga en cuenta que su seguro médico es siempre primordial. En el caso de una emergencia, si no pueden ponerse en contacto conmigo en los números anteriores, póngase en contacto con:

Nombre & relación_____ Teléfono_____

Doctor Familiar_____ Teléfono_____

Nombre del Plan de Aseguranza_____ Número de Póliza_____

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

Otro tratamiento médico: En caso que se menciona y llega a la atención del grupo de la parroquia / escuela / los jóvenes, sus líderes, directores y agentes, y similares, la Diócesis de Yakima y sus chaperones o representantes asociados con la actividad que mi hijo, se llega a enfermar con síntomas tales como dolor de cabeza, vómitos, dolor de garganta, fiebre, diarrea, yo quiero que se comuniquen conmigo (yo seré responsable por el costo de la llamada si hay algún costo que llegara a aplicarse.

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

Medicamentos: Mi hijo está actualmente tomando medicamentos. Mi hijo llevará todos los medicamentos necesarios, y estos medicamentos están marcados. Los nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para ver que el menor tome este tipo de medicamentos, incluyendo dosis y la frecuencia de dosificación, los medicamentos son los siguientes:_____

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

Ningún medicamento de cualquier tipo, ya sean recetado o sin receta, se puede administrar a mi hijo a menos que la situación sea peligrosa para la vida y no se requiera tratamiento de emergencia.

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

Por la presente autorizo a los medicamentos de venta sin receta (como los productos que no contengan aspirina, ibuprofeno o acetaminofeno es decir, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) que deba darse a mi hijo, si se considera apropiado.

Firma del Padre/Guardián_____ Fecha_____

Información Médica Específica: La parroquia/ escuela/ grupo juvenil será responsable de ver que lo siguiente será tratado de manera confidencial.

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

Vacunas: Fecha de la última vacuna del Tétano/difteria:_____

¿Tiene su hijo una dieta prescrita por el médico?_____

¿Algunas limitaciones físicas?_____

¿El menor está sujeto a enfermedades crónicas al estar lejos de su hogar? Reacciones emocionales a nuevas situaciones, sonambulismo, incontinencia urinaria, desmayos. _____.

¿Ha sido el menor recientemente expuesto a una enfermedad contagiosa o a condiciones como paperas, sarampión, varicela, etc.? Si es así, cite la fecha y la enfermedad o condición:_____

Usted debe ser consciente de que mi hijo(a) padece de esta(s) condición(es) médicas:_____

Date/Fecha: _____

Favor de entregar esta FORMA DE CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES a su Ministro Juvenil o a la Diocesis de Yakima, 101 S. 12th Ave, Yakima, WA 98902