



## ***FORMULARIO DE INFORMACION DE LA ACTIVIDAD***

**Tramitado por el Organizador – Escribir con letra despegada**

Organizador: Liliana P. Montoya (VLCFF- Univeristy of Dayton) y Samuel Vásquez (Archdiocese of Cincinnati)

Actividad: Descubre tu Identidad con Cristo - Retiro Espiritual Juvenil

Lugar: Iglesia Nuestra Señora Reina de la Paz (2550 Millville Ave. Hamilton, OH 45013)

Contactos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Costo: Evento Gratuito

Lugar de Reunión: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora de Comienzo: Sábado, 7 de noviembre del 2026 - 8:00 am

Fecha y Hora de Finalización: Sábado, 7 de noviembre del 2026 - 3:00 pm

Actividades Incluidas: Reflexión en grupos, Adoración Eucarística y convivencia

Tipo de Transporte: No incluido - cada participante llega por su cuenta

Líder del Grupo: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Parroquia: \_\_\_\_\_

## **INFORMACION MÉDICA DEL PARTICIPANTE**

**Escribir con letra despegada**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número Celular: \_\_\_\_\_ Otro Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Alergias (alimentos, medicamentos, anestésicos, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicamentos usados regularmente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Condiciones Médicas/Discapacidades (epilepsia, asma, diabetes, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médico de Familia: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

(Nombre)

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

(Nombre)

## **PERMISO, RENUNCIA Y AUTORIZACION PARA BUSCAR TRATAMIENTO MEDICO EN CASO DE EMERGENCIA (rev. 7-9-2020)**

1. Yo, el que firma abajo, participaré en la actividad descrita en el *Formulario de Información de Actividad*, y libero de toda responsabilidad e indemnización por riesgos y perjuicios, y también exoneró, a la parroquia y la escuela de \_\_\_\_\_, (escriba el nombre de la parroquia y escuela)

a la Arquidiócesis de Cincinnati (la Arquidiócesis), al arzobispo de Cincinnati (el Arzobispo), tanto como individuos así como administradores legales de la Arquidiócesis, a todas las parroquias y escuelas dentro de la arquidiócesis, a todos sus agentes, representantes, voluntarios y empleados, de todos y cada uno de los riesgos, reclamos, juicios, daños, costos y gastos, incluyendo gastos de abogado, que pudiesen ser consecuencia de cualquier lesión, padecimiento, enfermedad infecciosa o contagiosa (tales como SARM -Infecciones por estafilococo aureus resistente a la meticilina-, influenza, o COVID-19), o muerte, (incluyendo cualquier lesión, padecimiento, enfermedad infecciosa o contagiosa o muerte causada por negligencia de la Parroquia o escuela, el Arzobispo, la Arquidiócesis, cualquier parroquia o escuela dentro de la Arquidiócesis, o cualquiera de sus agentes, representantes, voluntarios o empleados) incurrida por mi durante mi participación en la actividad, durante el viaje hacia y desde el lugar donde se efectúa la actividad o mientras yo este usando las instalaciones y equipo de la Parroquia o la escuela. Además estoy de acuerdo en no traer en mi nombre o enjuiciar, o que sea traído en mi nombre o enjuiciado, ningún reclamo, demanda o acción en contra de la Parroquia y la escuela, del Arzobispo, de la Arquidiócesis, de todas las parroquias y escuelas que pertenezcan a la Arquidiócesis de sus agentes, representantes, voluntarios y empleados.

2. Entiendo que mi participación en dicha actividad es puramente voluntaria, y que es un privilegio y no un derecho, y que estoy de acuerdo con participar en la actividad a pesar de los riesgos de lesiones, padecimientos, enfermedades infecciosas o contagiosas (tales como SARM -Infecciones por estafilococo aureus resistente a la meticilina-, influenza, o COVID-19), y muerte. En caso de existir una condición preexistente que me pudiese poner en peligro de contraer COVID-19 o que pudiese incrementar el riesgo de contraerlo, accedo a consultar un profesional de la salud antes de participar en la actividad.

3. Estoy de acuerdo en cooperar con los agentes de la Parroquia y de la Escuela y/o de la Arquidiócesis que estén a cargo de la Actividad.

4. I authorize the agents of Parish and School and/or the Archdiocese who are acting as leaders of the Activity to seek medical treatment for me in the event of any injury, illness, or medical emergency during the Activity or related travel. I understand that the agents of Parish and School and/or the Archdiocese will make a reasonable attempt to contact the individual listed below as my emergency contact as soon as possible in the event of a medical emergency.

5. *Por favor indique:* ☐ Estoy de acuerdo ☐ No estoy de acuerdo en que la Parroquia y la Escuela y/o la arquidiócesis usen mi portarretrato o fotografía con propósitos promocionales, sitio de Internet y funciones de oficina.

6. *Por favor indique:* ☐ Estoy de acuerdo ☐ No estoy de acuerdo en que la Parroquia y la Escuela y/o la arquidiócesis se comuniquen conmigo a través de las redes sociales y tecnología referente a las actividades ministeriales de la parroquia/escuela.

7. Este Permiso, Exoneración y Autorización pretende ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley del Estado de Ohio, y si cualquier parte del mismo es declarada inválida, se acuerda que el resto, no obstante, continuará en pleno vigor y efecto legal. El presente Permiso, Exoneración y Autorización se interpretará de conformidad con las leyes del Estado de Ohio, excluyendo e independientemente de cualquier elección de principios legales en sentido contrario.

8. La Parroquia y la Escuela, la Arquidiócesis, el Arzobispo y sus agentes, empleados y voluntarios no tendrán responsabilidad alguna en caso de que la Actividad sea cancelada debido, en todo o en parte, a cualquier pandemia, epidemia, enfermedad o dolencia generalizada, presente o futura, problema de salud pública, o circunstancias derivadas de los mismos, o de las medidas adoptadas por cualquier autoridad gubernamental o municipal para prevenir, evitar o mitigar los impactos de los mismos.

9. Certifico que he leído y entendido completamente los términos y condiciones declaradas aquí y reconozco y acepto que este documento (*Permiso, Renuncia y Autorización para buscar Tratamiento Médico en Caso de Emergencia*) se hará efectivo y me vinculará a mí y a mis representantes, estados, asignados, sucesores y parientes mas cercanos. He firmado este documento bajo mi completa voluntad.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección (Casa): \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_ Dirección (Empleo): \_\_\_\_\_

Número Celular: \_\_\_\_\_ Otro Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ No. de Teléfono: \_\_\_\_\_

(Nombre)