



# Diócesis Católica de Lexington

## Forma de Inscripción para Jóvenes

El padre/tutor legal completa esta forma y es responsable de que la información esté actualizada. La forma original se conserva en los archivos de la parroquia/escuela; se debe tener una copia disponible para todos los eventos nocturnos o fuera de las instalaciones.

Nombre del joven participante \_\_\_\_\_ Prefiere que le llamen: \_\_\_\_\_

Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Escuela y Grado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

### Padre/Tutor #1

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección (calle, ciudad, código postal) si es diferente del joven

\_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo/celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Medios de comunicación preferidos: Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Texto \_\_\_\_\_

### Madre/Tutor #2

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección (calle, ciudad, código postal) si es diferente del joven

\_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo/celular \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Medios de comunicación preferidos: Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Texto \_\_\_\_\_

¿Alguien está designado como padre con custodia principal o única por orden o decreto judicial?

\_\_\_\_\_

Por favor, indique el nombre de cualquier persona a la que se le debe impedir recoger al niño debido a orden de restricción.

\_\_\_\_\_



# Diócesis Católica de Lexington

## Autorización para Emergencia Médica

El padre/tutor legal debe completar esta forma por lo menos una vez al año, o cuando sea necesario, y es responsable de que la información sea actual y correcta. La original de esta forma se conserva en los archivos de la parroquia/escuela; se debe tener una copia disponible para todos los eventos nocturnos o fuera de las instalaciones.

**ASUNTOS MÉDICOS:** Por la presente, garantizo que, a mi mejor entendimiento, mi hijo/a goza de buena salud y asumo toda la responsabilidad por su salud. (De las siguientes declaraciones relacionadas con asuntos médicos, firme solo las que correspondan).

**TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA:** En caso de una emergencia, por la presente doy permiso de transportar mi hijo/a a un hospital para tratamiento médico de emergencia o tratamiento quirúrgico. Deseo ser informado antes de cualquier tratamiento adicional por el hospital o médico. En caso de emergencia, si no puede ponerse en contacto conmigo en los números antedichos, póngase en contacto con:

Nombre y relación: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro de salud familiar: \_\_\_\_\_ # de Póliza: \_\_\_\_\_

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

**OTRO TRATAMIENTO MÉDICO:** En el caso de que se haga del conocimiento de la parroquia/escuela, sus funcionarios, directivos y agentes, y la Diócesis de Lexington, chaperones o representantes que estén vinculados con la actividad, de que mi hijo se ha puesto malo con síntomas como dolor de la cabeza, vómito, dolor de la garganta, fiebre, diarrea, quiero que me llame tan pronto como sea razonablemente posible.

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

**Medicamentos:** Mi hijo/a está tomando medicamentos actualmente. Traerá todos los medicamentos necesarios, que estarán bien etiquetados. Los nombres de los medicamentos y las instrucciones concisas para asegurarse de que el estudiante los tome, incluyendo la dosis y la frecuencia de las dosis, son los siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Ningún medicamento de cualquier tipo, con receta o sin receta, puede ser administrado a mi hijo/a a menos de que la situación sea peligrosa para la vida y se requiera el tratamiento de emergencia.

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

Por la presente, doy permiso para que los medicamentos sin receta (como los productos que no contienen aspirina, por ejemplo paracetamol o ibuprofeno, pastilla para la garganta, y jarabe para la tos) se le den a mi hijo/a, si se considera apropiado.

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

**INFORMACIÓN MÉDICA ESPECÍFICA:** La parroquia tendrá cuidado razonable para que la siguiente información se mantenga confidencial.

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

Inmunizaciones: \_\_\_\_\_

Fecha de última inmunización de tétanos/difteria: \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante una dieta recetada por un doctor? \_\_\_\_\_

¿Tiene el estudiante limitaciones físicas? \_\_\_\_\_

¿Es el estudiante propenso a nostalgia crónica (extrañar el hogar), reacciones emocionales a situaciones nuevas, sonambulismo, orinarse en la cama, o desmayarse? \_\_\_\_\_

¿Ha estado expuesto recientemente el estudiante a enfermedades contagiosas o condiciones como las paperas, el sarampión, la varicela? En caso afirmativo, escriba la fecha y la enfermedad o condición:

Necesita estar consciente de estas condiciones médicas específicas del mí hijo/a:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Disclaimer: This is an accurate translation of the original document in English. In case of discrepancy or errors, the original document in English will prevail. Translated on March 2025 by Professional Spanish Language Services, LL.C.  
Aviso Legal: Esta es una traducción acertada del documento original en inglés. En caso de discrepancia o errores, el documento original en inglés triunfará. Traducido en marzo del 2025 por Professional Spanish Language Services, LL.C.