

# Arquidiócesis de Boston

## Formulario para padres y tutores de niños menores de 18 años ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, en carácter de padre, madre o tutor legal de \_\_\_\_\_ (en adelante, “mi hijo”, denominación que, a los fines del presente, incluirá a todos y cada uno de mis hijos, es decir, a aquellos antes mencionados que participen en el evento y las actividades que se indican a continuación), en mi nombre y en el de mi hijo, eximo irrevocablemente de toda responsabilidad, con el mayor alcance permitido por ley, y acepto, por el presente, resarcir y mantener indemne y libre de toda responsabilidad a Roman Catholic Archbishop of Boston, a Corporation Sole, y a sus funcionarios, agentes, representantes, voluntarios, acompañantes, clérigos, religiosos y empleados, incluidas todas y cada una de sus parroquias y ministerios (**colectivamente, “RCAB”**), frente a cualquier obligación, pretensión, acción, demanda, reclamación, juicio, coste o gasto (incluidos, sin limitarse a ello, los honorarios de abogados), conocidos o por conocer, que surjan de o se relacionen con cualquier lesión, enfermedad, pérdida u otro daño a personas o bienes ocasionados (a) por mi hijo y/o por mí mismo/a al participar en el evento (o actividad) descripto a continuación o al viajar hacia o desde dicho evento o por cualquier otro motivo relacionado con este:

---

**(NOMBRE DEL EVENTO en NOMBRE DEL LUGAR, CIUDAD o PUEBLO, ESTADO el FECHA)**

y/o (b) por cualquier otra persona que sufra o se alegue que ha sufrido cualquier lesión, enfermedad, pérdida o gasto, incluidos los honorarios de abogados, a causa de un acto u omisión de carácter culposo o ilícito ocasionado por mi hijo o por mí.

Acepto instruir a mi hijo para que coopere y siga las reglas del evento (o actividad) antes mencionado y cualquier instrucción de RCAB.

### AUTORIZACIÓN MÉDICA

Designo apoderado legal a RCAB, o a sus representantes, para actuar en mi nombre y representación, de cualquier forma en la que, a juicio razonable y exclusivo de RCAB, se esperaría que actuara yo si estuviera presente personalmente, con respecto a cualquier lesión, enfermedad o emergencia médica que se produzca durante la actividad.

Autorizo a RCAB o a sus representantes a dar todos y cada uno de los consentimientos y autorizaciones necesarios a cualquier médico, dentista, hospital, persona o institución que corresponda en relación con cualquier medicamento, tratamiento médico o dental, procedimiento diagnóstico o quirúrgico, todos ellos de emergencia, o cualquier otro tipo de primeros auxilios y/o medidas de emergencia que nuestro apoderado considere necesarias o apropiadas para beneficio de mi hijo/tutelado. Entiendo que RCAB, a través de sus representantes, hará un intento razonable para ponerse en contacto conmigo tan pronto como sea razonablemente posible en caso de emergencia médica que involucre a mi hijo/tutelado.

The Las disposiciones de exención/indemnidad/defensa arriba mencionadas se aplicarán a cualquier decisión, medida o acción de este tipo.

Los poderes y facultades aquí otorgados podrán ser revocados en el futuro mediante notificación por escrito entregada en mano a RCAB, siempre que en dicha notificación confirme que asumo de inmediato plena responsabilidad por todas las decisiones, medidas y acciones relativas al bienestar y salud de mi hijo/tutelado. En ausencia de la recepción de dicha notificación por escrito, este poder no se verá afectado por mi discapacidad, por mi incapacidad o por ninguna declaración de incompetencia.

# Arquidiócesis de Boston

Este poder caducará automáticamente una vez finalizada la actividad antes mencionada en la que participe mi hijo/tutelado (así como también las actividades afines y el viaje, si lo hubiera) y luego de que mi hijo/tutelado me sea entregado a mí o a la persona que yo designe. Ninguna revocación de dichos poderes y facultades influirá, de forma alguna, sobre ninguna otra disposición del presente Acuerdo de exención de responsabilidad, las cuales continuarán en pleno efecto y vigor.

Entiendo y acepto que RCAB no es ni será responsable de garantizar que mi hijo/tutelado tome los medicamentos, ya sea recetados o no, que pueda tener indicados. No hay ninguna enfermedad, ni ninguna alergia grave a alimentos o medicamentos, que limiten la plena participación de mi hijo/tutelado en la actividad o que exijan tomar precauciones especiales, excepto las siguientes:

Enumere aquí los medicamentos y dosis actuales (con o sin receta) que RCAB podría necesitar conocer en caso de que surja una emergencia:

Mi hijo necesita una pluma epi: Si  No  En caso afirmativo, me aseguraré de que mi hijo tenga un EpiPen consigo en todo momento. Él / Ella será responsable de administrar el tratamiento.

Si se produce algún cambio en la información que he proporcionado con respecto a los contactos de emergencia o a la información médica, notificaré a RCAB dicho cambio de inmediato y por escrito.

Al firmar a continuación, confirmo que RCAB y/o cualquiera de sus representantes podrán utilizar un retrato o fotografía de mi hijo/tutelado para fines promocionales relacionados con el progreso y desarrollo del ministerio de la Iglesia Católica Romana y la Arquidiócesis de Boston y, por el presente, libero de responsabilidad, mantengo indemne y acepto defender, de conformidad con las disposiciones anteriores, a RCAB y a sus representantes frente a toda obligación, pérdida, daño y gasto, incluidos honorarios de abogados, que surjan en virtud de la mencionada utilización.

**Al firmar a continuación, confirmo que he leído atentamente y entiendo esta declaración y que la firmo libre y voluntariamente en virtud de que RCAB acepta permitir que mi hijo/tutelado participe voluntariamente en esta actividad, viaje o evento, y como incentivo para que RCAB permita dicha participación, sin el cual no lo haría. Solicito que se permita a mi hijo/tutelado participar en la actividad, viaje o evento arriba mencionados.**

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del menor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Arquidiócesis de Boston

**ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN**

Nombre de la persona que firma este formulario: \_\_\_\_\_

Nombre del menor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del menor: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Domicilio completo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de padres/tutores:

Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ Particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia n.º 1 (que no sea usted): \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_ Particular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Médico de cabecera

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

Proveedor del seguro médico del menor: \_\_\_\_\_ Número de socio: \_\_\_\_\_

Nombre de la parroquia o escuela y ciudad:

\_\_\_\_\_

Necesidades o consideraciones especiales respecto de su hijo y otros comentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_