



Parental/Guardian Medical Information & Consent Form

Applicant Information				
Participant's Name:			Date of Birth:	
Address:		City:	State:	Zip:
Father's Name:		Phone:		
Mother's Name:		Phone:		
Emergency Contact:		Languages Spoken by Emergency Contact:		

Medical Matters

I hereby warrant to the best of my knowledge, all the information provided is true and correct and I assume all responsibility for the health of my child. I understand it is my responsibility to update the Medical Information & Consent Form if there are any changes to my child's health. *(Please initial)* _____

Emergency Medical Treatment: In the event of an emergency, I hereby give permission to transport my child to a hospital/clinic for emergency medical or surgical treatment. *(Please initial)* _____

Family Doctor:	Phone:
----------------	--------

Medications: I hereby Grant Permission for my child to be given the following provided medications. All medications must be well labeled. [NOTE: Any/all prescription medications must be in original pharmacy container with young person's name on the prescription label. Non-prescription/over-the-counter medications must be in original container with young person's name on the container.] I release and hold harmless (entity name) _____, the Diocese of Orlando and any other religious, employees, volunteers, agents and representatives from any injury or harm resulting from administering the medication. *(Please initial)* _____

Names of medications and concise directions for seeing that the child takes such medications, including dosage and frequency, are as follows:

Medication:	Dosage:	Administer:
Medication:	Dosage:	Administer:
Medication:	Dosage:	Administer:

Medical Conditions Information: (Reasonable steps will be taken to keep this information confidential, but it will be shared with Diocesan personnel and others, as warranted.) My son/daughter:

- Is allergic to the following medications _____
- Has had an episode of the following or has been diagnosed with: Seizures Asthma Diabetic
- Has had allergic reactions to the following (foods, dyes, latex, etc.) _____
- Has had a medical surgery within the last six months? Yes No Still under doctor's care? Yes No
- Has a medically prescribed diet *(please explain)* _____
- Has the following physical limitations _____
- Immunizations current and up to date? Yes No Date of last tetanus/diphtheria immunization _____
- You should also be aware of these special medical conditions of my child: _____

Insurance Information

<input type="checkbox"/> No, I do not carry medical insurance at this time.	Insurance Carrier:
<input type="checkbox"/> I do carry medical insurance at this time.	Insurance Policy Number:
Name of Insured:	

In the event the participant does not have insurance, payment in full for medical care becomes the responsibility of the participant's parent/guardian.

Parent/Guardian Signature <i>(must sign for any participant under 18 or 18 or older & in high school)</i>	Date
--	------



Formulario de Información Médica y Consentimiento de Padre(s)/Guardián

Spanish Version of the Parental/Guardian Medical Information & Consent Form

Información del Participante				
Nombre del Participante:			Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Cuidad:	Estado:	Código Postal:	Phone:
Nombre de Padre:		Teléfono:		
Nombre de la Madre:		Teléfono:		
Nombre del Contacto de Emergencia:		Lenguajes del Contacto de Emergencia:		

Información Médico		
<p>Por la presente garantizo con lo mejor de mi conocimiento, que toda la información proporcionada es verdadera y correcta y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo. Entiendo que es mi responsabilidad actualizar el formulario de consentimiento & información médica si hay cualquier cambio en la salud de mi hijo. (Poner iniciales) _____</p> <p>Tratamiento Médico de Emergencia: En caso de emergencia, doy autorización para que mi hijo sea transportado a un hospital o clínica para tratamiento médico o quirúrgico de emergencia. (Poner iniciales) _____</p>		
Médico de Familia:	Teléfono:	
<p>Medicamentos: Por este medio doy autorización para que a mi hijo se le provean los siguientes medicamentos. Todos los medicamentos deben estar debidamente identificados. (NOTA: Todo medicamento de prescripción debe estar en el envase original de la farmacia con el nombre del joven o niño en la etiqueta. Los medicamentos no prescritos deben estar en su envase original con el nombre del joven o niño en el envase. Libero y eximo a (nombre de la entidad) _____ la Diócesis de Orlando y cualquier otro religioso, empleado, voluntarios, agentes y representantes de cualquier daño o perjuicio resultante de la administración del medicamento. (Poner iniciales) _____</p> <p>Los nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para verificar que el niño toma dichos medicamentos con las dosis y frecuencia apropiadas, son como siguen:</p>		
Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:
Medicamento:	Dosis:	Administrar:

<p>Información sobre Condiciones Médicas: (Se tomarán pasos razonables para mantener esta información confidencial, pero la misma será compartida con personal Diocesano y otros según sea necesario.) Mi hijo/hija:</p> <ul style="list-style-type: none"> Es alérgico a los siguientes medicamentos: _____ Ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado con: <input type="checkbox"/> Ataques <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Diabetes Ha tenido una reacción alérgica a (comidas, tintes, látex, etc.) _____ Ha tenido cirugía dentro de los últimos seis meses <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Todavía bajo cuidado médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tiene una dieta medicamente prescrita (favor explicar) _____ Tienen las siguientes limitaciones físicas: _____ ¿Tienen las vacunas al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de la última vacuna de tétano/difteria _____ Debe estar consciente de las siguientes condiciones médicas especiales de mi hijo/hija: _____ 		
---	--	--

Información de seguro	
<input type="checkbox"/> No tengo seguro médico en este momento <input type="checkbox"/> Tengo seguro médico en este momento	Compañía de seguro
Nombre del asegurado	Número de póliza:

En caso de que el participante no tenga seguro, el pago por cuidado medico, en su totalidad, es responsabilidad del padre/guardián del participante.

Firma del Padre(s)/Guardián _____ Fecha _____
 (debe ser firmado para cualquier participante menor de 18 y mayor de 18 si todavía está en escuela secundaria)



Image Release Form

(Photography and Image Assignment Waiver, and Release)

I _____,
for valuable consideration received, and for being allowed access to Diocesan property, activities, or events, expressly assign to
St. Joseph Catholic Church and the Diocese of Orlando,
and to all of their current, former, and future agents and related entities (collectively, "the Diocese"), all rights, title and interest
in, and to, the use of my and my child/ward's image or likeness, including, but not limited to all videotape recordings,
photographs, or audio recordings of, or made by, me and/or my child/ward on Diocesan property, during a Diocesan-sponsored
event, or for any other Diocesan purpose ("the Property"). The Diocese shall have, without my consent, the right to assign its
rights in the Property, in whole or in part, to any entity, parish, or school within the Diocese of Orlando.

I hereby irrevocably grant the Diocese perpetually and exclusively, the right to use and incorporate (alone or together with other materials), in whole or in part, the Property, in any Diocesan publication, news release, or for any other purpose. Further, I hereby authorize the reproduction, sale, lease, copyright, exhibition, broadcast and/or distribution of the Property without limitation for any purpose whatsoever, and I further waive all rights to any compensation for my and/or my child/ward's appearance or participation in the Property. I understand and have been advised that photographs or videotape of participants may be used in publications, websites or other materials produced from time to time by the Diocese. Participants' names would not be identified, however, without specific written consent. I further understand that the Diocese has no control over the use of photographs or film taken by media that may be covering the event in which my child(ren)/ward(s) participate(s).

I hereby waive any claims against and release the Diocese, its current, former, and future religious, employees, volunteers, agents, and successors and assigns from and against any and all claims, demands, actions, causes of actions, suits, costs, expenses, liabilities, and damages whatsoever that I and/or my child/ward may have against the Diocese in connection with the Property or the use of the Property.

This release shall not obligate the Diocese to use the Property or to use any of the rights granted hereunder, or to exhibit, distribute, or exploit the Property. I acknowledge that the Diocese cannot control all photographic access to its properties, and that my child/ward's name may be printed with photos/images in various publications, including non-Diocesan publications.

I represent that I am eighteen years of age or older, and that I have read and understand the terms of this Assignment, Waiver, and Release.

Signature

Date

Witness

If applicable, name(s) of minor children/wards:



Permiso Para Divulgación de Imagen

(Asignación de Fotografía e Imagen, Renuncia y Permiso Para Publicar)

(Spanish Version of "Image Release Form", Photography and Image Assignment, Waiver, and Release)

Yo _____, en consideración valiosa recibida y la autoridad para acceso a la propiedad, actividades o eventos Diocesanos, expresamente asigno a Iglesia de San Jose y a la Diócesis de Orlando en general, a todos sus agentes, futuros, actuales y pasados, y entidades relacionadas (colectivamente, "la Diócesis) todos los derechos, títulos e intereses en, y para el uso de la imagen o semejanza de la misma, incluyendo pero no limitado a todas las grabaciones de video, fotografías, grabaciones de audio, hechas por mí, y/o por mi hijo(a) o su guardián, durante cualquier evento patrocinado por la Diócesis o para cualquier otro propósito diocesano ("la Propiedad"). La Diócesis tendrá, sin necesidad de mi consentimiento previo, el derecho de asignar y traspasar sus derechos a la Propiedad, en parte o en su totalidad, a cualquier publicación diocesana, comunicado de prensa, entidad, parroquia o escuela dentro de la Diócesis de Orlando.

Por este medio concedo este derecho irrevocable a la Diócesis perpetua y exclusivamente para utilizar e incorporar (solo o en conjunto con otros materiales) en su totalidad o en parte, en cualquier publicación diocesana, comunicado de prensa, o para cualquier otro propósito. Además autorizo la reproducción, venta, arrendamiento, derechos, exposición, transmisión o distribución de la Propiedad sin limitación alguna para cualquier propósito y por este medio renuncio a todos los derechos de compensación por la participación o aparición mía o de mi hijo(a) en dicha Propiedad. Entiendo y he sido informado que las fotografías o videos de los participantes pueden ser utilizadas en publicaciones, páginas Web o en otros materiales producidos ocasionalmente por la Diócesis. El nombre del participante no puede identificarse sin autorización previa por escrito. Además, entiendo que la diócesis no tiene control sobre el uso de fotografías o película(s) tomadas por medios de comunicación cubriendo el evento en el que mis hijos yo menores bajo mi tutela participan.

Este documento confirma mi renuncia a cualquier reclamación en contra de la Diócesis, sus religiosos, empleados, voluntarios, agentes, sucesores y cesionarios actuales, anteriores o futuros, y en contra de cualquier reclamo, demanda, acción legal, causas de acciones, costos, gastos pasivos y daños que yo y/o mi hijo(a)/menor bajo mi tutela pueda tener en contra de la Diócesis relacionadas con la Propiedad o el uso de la Propiedad.

Este documento no obliga a la Diócesis a utilizar la Propiedad o a utilizar cualquiera de los derechos otorgados en el mismo, o exhibir, distribuir o explotar la Propiedad. Reconozco que la Diócesis no puede controlar todo acceso fotográfico a sus Propiedades y que el nombre de mi hijo(a)/menor bajo mi tutela puede ser impreso con fotos e imágenes en diversas publicaciones, incluyendo publicaciones no diocesanas.

Represento y confirmo que soy mayor de dieciocho años de edad, y que he leído y comprendo los términos de este documento.

Firma

Fecha

Testigos

Si aplica, nombre del guardian del menor :



Safe Environment Program
Parental Opt-Out Form

The Diocese of Orlando has implemented a child abuse awareness, prevention, and safety program in all parishes and Catholic schools as mandated by the United States Conference of Catholic Bishops (USCCB) in compliance with the Charter for the Protection of Children and Young People. Students enrolled in a Catholic School or parish-based catechesis are encouraged to participate in this programming. Our diocese is required, through an audit process, to verify to the USCCB that this training has been provided. We are also required to keep track of the number of students who are absent or whose parents do not allow them to participate in the training.

For the Parent/Guardian

By signing this form I (We) acknowledge the above and elect **NOT** to have my (Our) child participate in the aforementioned program. Please complete this form and return it to your child's instructor/catechist or the appropriate administrator. A separate form is required for each child. Thank you for your assistance.

Name of Child _____

Name of School or Parish _____

City of School or Parish _____

Child's Grade Level _____

Name of Parent (s) or Guardian (s)	Relationship
_____	_____
_____	_____

Reason for Opting-Out (Optional) _____

Signature of Parent/Guardian	
Date	

OFFICE USE:

Name of Coordinator/Administrator	
Date	



Safe Environment Program

Formulario de Exclusion Voluntaria Para Padres

La Diócesis de Orlando ha implementado un programa (para promover) la conciencia del abuso infantil, la prevención del mismo, y seguridad en todas las parroquias y escuelas católicas de la Diócesis, tal como lo ordena la Conferencia Episcopal de los Estados Unidos (USCCB) en conformidad con el documento "Charter for the Protection of Children and Young People" (Estatuto para la Protección de los Niños y Jóvenes). Se les recomienda a los estudiantes matriculados en las escuelas católicas o en los programas de catequesis en las parroquias que participen en este programa. A nuestra Diócesis se le requiere, a través de un proceso de auditoría, que nosotros informemos a la USCCB que dicho programa ha sido (facilitado). También se le requiere a la Diócesis dar seguimiento del numero de estudiantes ausentes del programa, o que sus padres no permiten que ellos participen.

Para Padre(s)/Tutor(es),

Al firmar este formulario, reconozco lo anterior y opto que mi hijo(a) NO PARTICIPE en el programa antes mencionado. Por favor de completar este formulario y devolvérselo al instructor de catequesis de su hijo(a), o al administrador del mismo. Se requiere un formulario por cada estudiante. Gracias por su colaboración.

Nombre del Niño/Joven _____

Nombre de la Escuela
o de la Parroquia _____

Ciudad de la Escuela
o de la Parroquia _____

Grado del Niño/Joven _____

Nombres de los Padres/Tutores :

Relación/Parentesco:

Razón por exclusión (Opcional): _____

Firma del Padre/Tutor	
Fecha:	
OFFICE USE:	
Name of Coordinator/Administrator	
Date:	