

**Fecha: domingo, 12 de julio, 2015**

**Horario: 9:00 a.m. a 1:00 p.m.**

**Lugar: Centro Católico San Juan  
Diócesis de Little Rock  
2500 N. Tyler St.  
Little Rock, AR 72207**

**TOTALMENTE**

**Gratis**



## **XV Aniversario de Búsqueda**

**FECHA LÍMITE PARA INSCRIBIRSE: 4 DE JULIO**

**Tendremos:**

**Venta de playera de aniversario**

**Temas**

**Testimonios**

**Música**

**La Misa será celebrada por el  
Reverendísimo Obispo  
Anthony B. Taylor**

**a las 11:00 a.m.**

**Y tú ¿cuál Búsqueda viviste?  
Ven y acompáñanos en este  
día especial donde  
celebraremos XV años de  
bendiciones en nuestra  
Diócesis de Little Rock.  
Búsqueda ha sido una  
bendición para muchos y ahora  
es la oportunidad de reunirnos  
y convivir todos juntos.**

FORMULARIO - LISTA DE PARTICIPANTES

# XV ANIVERSARIO DE BÚSQUEDA

Enviar a más tardar el 4 de julio, 2015 – Diócesis de Little Rock -- Centro Católico San Juan  
Por favor escriba en LETRA DE MOLDE para completar toda la información.

PARROQUIA \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y # DE TELÉFONO de persona adulta responsable      Código de área      Número

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN, CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_ # de CELULAR \_\_\_\_\_

NOMBRE	(hombre/mujer)	¿Cuál Búsqueda Viviste?	
	H/M	EDAD	#
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____

Número total de participantes: \_\_\_\_\_

Favor de anotar a un lado del nombre, cualquier problema físico o relacionado con la salud del cual los organizadores de este evento deberían estar enterados (enfermedades del corazón, diabetes, epilepsia, alergias u otras enfermedades).

**FAVOR DE ENVIAR LOS FORMULARIOS A:  
DIÓCESIS DE LITTLE ROCK (DOLR)  
OFICINA DEL MINISTERIO JUVENIL HISPANO  
2500 NORTH TYLER STREET  
LITTLE ROCK, AR 72207-3743**

**POR FAVOR ENVÍA TU INSCRIPCIÓN:  
A MÁS TARDAR el 4 de julio, 2015 (fecha límite)**

## Código de Comportamiento – Gran Búsqueda: XV Aniversario

¡Durante todas las actividades patrocinadas por la diócesis, esperamos que usted muestre la madurez, liderazgo y personalidad responsable, lo cual ha sido la marca de la juventud católica dentro de esta Diócesis de Little Rock!

### **CODIGO DE COMPARTAMIENTO**

1. Los participantes deben asistir a todas las sesiones del evento. Deben tener puestos los gafetes con su nombre todo el tiempo.
2. Código de vestuario: informal – **no** playeras inapropiadas, shorts muy pequeños, minifaldas, ropa rasgada o con imágenes o texto inapropiados. Si se viste con ropa inapropiada, se le pedirá al participante que se cambie de ropa. No se admiten shorts, minifaldas o escotes durante la Misa.
3. Cada participante es responsable de sus propias acciones y se le pedirá que asuma las consecuencias por cualquier comportamiento negativo. Cada participante será totalmente responsable por cualquier daño o robo.
4. Los participantes no pueden alejarse del lugar donde se llevará a cabo la actividad al menos que esté acompañado por el padre / tutor o un adulto de su parroquia.
5. Se prohíbe la posesión y/o uso de alcohol, productos de tabaco y drogas.
6. Esperamos que muestren un comportamiento cristiano todo el tiempo. Por lo tanto, es inaceptable cualquier contacto, roce o gesto inapropiado, lenguaje o actividad de naturaleza sexual, lo cual pudiera ofender a otra persona.

Si se comete alguna infracción a estas reglas, el director diocesano hablará con el participante acerca de la infracción cometida. Si algún problema de compartimiento basado en lo anteriormente mencionado requiere acción extrema, aunque es muy raro que esto suceda, se le pedirá al participante que se vaya. El padre / tutor es responsable de retirar al participante del lugar donde la actividad se está llevando a cabo.

**Yo entiendo y acepto este código de comportamiento.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del participante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Yo doy consentimiento a las condiciones anteriormente mencionadas  
para la participación en este evento.**

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre / tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Núm. de Tel. (día): \_\_\_\_\_ Núm. de Tel. Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona, en caso que el padre / tutor no se encuentre: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel.: \_\_\_\_\_ Núm. de Tel. Celular: \_\_\_\_\_

**Diócesis de Little Rock**  
**Oficina del Ministerio Juvenil Hispano**



**CONSENTIMIENTO DEL PADRE / TUTOR, RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO MEDICO**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Alternativo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Tel. Celular  localizador

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

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

**CONSENTIMIENTO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD**

**¡Importante! Debe ser completada por un Padre / Tutor para menores de 18 años de edad. Si el participante es mayor de 18 años, el consentimiento debe ser firmado por el individuo.**

Yo (nombre del padre / tutor) \_\_\_\_\_, autorizo a mi hijo (a) (nombre del participante) \_\_\_\_\_, para que participe

XV Aniversario  
12 de julio, 2015

Diócesis de Little Rock – Centro Católico San Juan – Little Rock, AR

Estoy de acuerdo en nombre de mí mismo, el padre / madre de mi hijo/a (nombre del padre / madre) \_\_\_\_\_ . Mi hijo ya nombrado, o sus herederos, sucesores, y asigno, libre de daños y defiendo a la Diócesis de Little Rock, la parroquia (su párroco, ministro juvenil, otros agentes, etc.) o cualquier representante asociado con la actividad programada al menos de que las personas involucradas no tuvieran cuidado o fueran negligentes.

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre / Tutor) Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (Participante mayor de 18 años de edad debe firmar su propio consentimiento). Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO MÉDICO



### Cuestiones Médicas

Por este medio garantizo en lo mejor de mi capacidad, que mi hijo (a) está en buenas condiciones de salud, y asumo toda la responsabilidad por la salud de mi hijo (a) En los siguientes reportes perteneciendo a cuestiones medicas, firme solamente aquellos que vayan de acuerdo con sus deseos:

### Tratamiento Médico de Emergencia

En caso de una emergencia, por este medio doy permiso para que transporten a mi hijo (a) a un hospital para recibir tratamiento medico o cirugía en caso de emergencia. Deseo que me avisen previamente en caso de tratamiento adicional por el hospital o el doctor.  
En caso de emergencia y que no puedan comunicarse conmigo, comuníquense con:

Nombre y Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Doctor Familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Medicamentos

Mi hijo(a) traerá todos sus medicamentos, claramente descritos, que sean necesarios. Nombres de los medicamentos e instrucciones concisas para ver que el joven tome sus medicamentos, incluyendo dosis y frecuencia son las siguientes

Mi hijo (a) está tomando el siguiente medicamento

Medicamento (s): \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_  
Administrador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Por este medio **No permito** medicamento de cualquier tipo, sin importar que tenga o no tenga receta medica, por mi hijo (a) al menos que amenace con su vida y tratamiento de emergencia sea requerido. (Por favor escriba sus iniciales)

\_\_\_\_\_ Por este medio **Doy permiso** para que medicamentos sin receta médica (como Tylenol, pastillas para la garganta, jarabe para la tos) puedan darse a mi hijo (a) si es necesario. Entiendo que no se le dará Aspirina a mi hijo / hija. (Por favor escriba sus iniciales)

### Información de Condiciones Médicas

(El personal diocesano tomará cuidado razonable para asegurarse de que la siguiente información sea manejada confidencialmente)

Mi hijo / hija:

¿Ha tenido episodios de lo siguiente o ha sido diagnosticado (a)?:  Ataques  Asma  Diabetes

¿Ha tenido reacciones de alergia a lo siguiente (comidas, tintes, látex etc.)? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido cualquier cirugía médica en los últimos seis meses?

Sí  No ¿Esta todavía bajo cuidado médico?  Sí  No

¿Esta bajo una dieta médica? \_\_\_\_\_

¿Tiene las siguientes limitaciones físicas? \_\_\_\_\_

¿Están a la fecha las vacunas?  Sí  No Fecha de la ultima vacuna contra el tétano / difteria \_\_\_\_\_

También debe tomar en cuenta estas condiciones médicas especiales de mi hijo (a): \_\_\_\_\_

### Información de Seguro

(Por favor adjunte una copia de su Tarjeta de Seguro, frente y reverso, con esta forma)

Portador de Seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de Identificación del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

No, yo no tengo seguro médico en estos momentos.

En caso de que los chaperones asociados con la actividad se den cuenta que mi hijo (a) se enferme con síntomas repetidos como dolor de cabeza, vomito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me avisen inmediatamente. Si esta será una llamada de larga distancia, quiero que me llamen por cobrar (con los cargos de teléfono hacia mí)

Entiendo completamente la afirmación siguiente y firmo este Consentimiento de Renuncia Médica del Padre / Tutor sabiendo, libremente, y voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
Firma (Padre / tutor) Un Padre / tutor debe firmar por cualquier menor de 18 años. Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma (Participante mayor de 18 años de edad deberá firmar su propio consentimiento) Fecha: \_\_\_\_\_

**RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD MÉDICA  
PARA ADULTOS (de 18 años en adelante)**

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

Nombre completo: \_\_\_\_\_

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ Fecha de su última vacuna contra el tétano: \_\_\_\_\_

Por favor indique **TODAS** las condiciones médicas/alergias/información importante sobre su salud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor indique **TODOS** el medicamento con o sin receta médica que usted considere necesario que tengamos en cuenta) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Portador de Seguro: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Persona a contactar en una emergencia: \_\_\_\_\_

En caso de que el participante no tenga seguro médico, todos los gastos médicos serán totalmente la responsabilidad del paciente.

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio libero a la Diócesis de Little Rock, su personal y voluntarios de cualquier responsabilidad civil, reclamo, pérdida por daños o costos personales que llegasen a surgir de mi participación en este evento. Yo libero a esta organización y a sus personas de cualquier reclamo que pueda surgir directa o indirectamente y que se pueda imputar legalmente, por acción u omisión de la organización u otras personas en conexión con este evento. Yo autorizo ser tratado por un médico o equipo médico profesional, en caso de un accidente o enfermedad que pudiese surgir, o una hospitalización necesaria.

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