



Enviar por correo a:

Diócesis de Little Rock
Oficina de Vocaciones
2500 N. Tyler St. / P.O. Box 7565
Little Rock, AR 72217

(501) 664-0340

Fax. (501) 664-0119

Sitio Web: www.dolr.org

DIRECCIONES

Desde I-40 Oeste:

- Viaja hacia el oeste en I-40
- Toma el carril izquierdo hacia I-30 Little Rock
- Toma la salida de Cantrell a la derecha
- Continúa hacia el oeste en Cantrell hasta Kavanaugh
- Gira a la derecha en Kavanaugh
- Gira a la derecha en Tyler

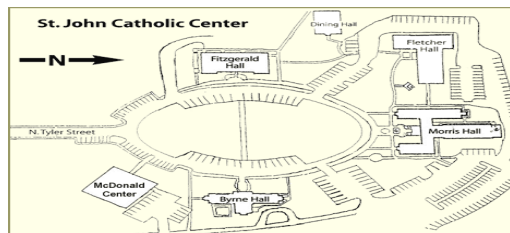
Desde I-40 Este:

- Viaja hacia el Este en I-40
- Siga por el carril de la derecha hasta I-430
- Little Rock/Texarkana
- Toma la salida a la derecha en Cantrell/Hwy-10
- Continúa hacia el este en Cantrell hasta Tyler
- Gira a la izquierda en Tyler

Desde I-30 North:

- Viaja hacia el Norte en I-30
- Tome el carril a la derecha para I-430 a Little Rock
- Tome la salida a la derecha en Cantrell/Hwy-10
- Continúa hacia el Este en Cantrell hasta Tyler
- Gira a la izquierda en Tyler

La calle Tyler lo llevará directamente a la entrada del Centro Católico San Juan



¿Está Dios Llamándote?



Retiro de Discernimiento Para el Sacerdocio Diocesano

El retiro es patrocinado por la Oficina de Vocaciones y Seminaristas de la Diócesis de Little Rock.

Si tiene preguntas o desea información adicional, comuníquese con nosotros:

Diócesis de Little Rock
Oficina de Vocaciones
2500 N. Tyler St./ P.O. Box
7565 Little Rock, AR 72217
(501) 664-0340
Fax (501) 664-0119
www.dolr.org

**30-31 de diciembre 2016
Centro Católico San Juan**

Vengan y Vean lo que es el Sacerdocio

El Retiro anual “Vengan y Vean” se llevará a cabo el 30-31 de diciembre para hombres de 16 años de edad en adelante en el Centro Católico San Juan en Little Rock. Arraigado en la oración y consistiendo de charlas, paneles de discusión, videos vocacionales y testimonios personales de seminaristas y sacerdotes, este retiro está diseñado para ayudar a los participantes a explorar más a fondo un posible llamado al sacerdocio diocesano. Para obtener más información, por favor visite: <http://bit.ly/comeandsee2017sp>

Para registrarse, complete el formulario y contáctanos, llamando a la Oficina de Vocaciones (501) 664-0340. Transportación puede ser otorgada si es necesario.

Le proveeremos hospedaje en el Centro Católico San Juan. Favor de traer sus propios artículos personales. Puede traer ropa informal, adicionalmente se recomienda traer pantalón caqui, camisa de cuello tipo polo y zapatos de vestir para la Misa.

Se proveerán comidas comenzando con la cena, el viernes 30 de diciembre hasta el almuerzo, el sábado 31 de diciembre. Aperitivos también serán ofrecidos.

Estaremos dirigiendo nuestras discusiones sobre los siguientes temas:

- El Llamado
- La Casa de Formación
- Inmersión en Español Pastoral
- La Vocación a la Vida Religiosa
- La Respuesta al Llamado



IMPORTANTE:

Los artículos personales que debe traer el día del retiro:

- Formulario de Consentimiento de Padre firmado
- Formulario de Consentimiento Médico firmado
- Formulario de Código de Comportamiento firmado
- Artículos de higiene personal (cepillo de dientes, champú, desodorante, etc.)

Fecha/Horario: Registración en el Edificio Fletcher de 11am – 12pm

Comienza: 12 pm con la Misa el viernes, 30 de diciembre

Termina: 1:00 p.m. el sábado, 31 de diciembre

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

“Ven, sígueme... y cuando lo hagas, no tengas miedo”. ... “Si el llamado está en tu corazón, no lo calles. ¡Deja que madure y se transforme en vocación!”
- San Papa Juan Pablo II

Si está interesado, complete el formulario y envíelo a no más tardar el 23 de diciembre por correo, fax, o email <http://bit.ly/mizquierdo>.

Regístrate para: “Vengan y Vean”
Discernimiento al Sacerdocio
Diocesano
Precio: Gratis

NOMBRE Y APELLIDOS

EDAD/GRADO

DIRECCIÓN

CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

PARROQUIA

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

Diócesis de Little Rock
Oficina de Vocaciones
2500 N. Tyler St. / P.O. Box 7565
Little Rock, AR 72217
(501) 664-0340 Ext. 378
Fax (501) 664-0119
Web: www.dolr.org

Diócesis de Little Rock / Oficina de Vocaciones

CONSENTIMIENTO PATERNO/RESPONSABILIDAD

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono de Casa (____) _____

Teléfono alternativo: (____) _____ Celular Beeper Trabajo

Parroquia: _____ Año Escolar _____ Edad _____ Sexo: _____

CONSENTIMIENTO Y RESPONSABILIDAD

¡Importante! Esta forma debe de ser completada por el padre/tutor de cualquier joven menor de 18 años de edad. Si el participante es mayor de 18 años de edad, el consentimiento debe ser firmado por el individuo.

Yo (nombre del padre/tutor) _____, le doy permiso a mi hijo, (nombre del participante) _____, para participar en el **Retiro de Discernimiento Vengan y Vean**, que se llevará a cabo del **30-31 de diciembre, 2016 en el Centro Católico San Juan, 2500 N. Tyler, Little Rock, AR 72207**.

Yo y (nombre de mamá) _____ le damos permiso a nuestro hijo para participar en este retiro. Nosotros, nuestro hijo, nuestros herederos y nuestros sucesores prometemos defender a la Diócesis de Little Rock y no demandarla. También prometemos lo mismo en cuanto a la parroquia patrocinadora de este evento (su párraco, ministros, y otros agentes, etc.) o cualquier otro representante involucrado en este evento, al menos que las personas involucradas no hayan tenido cuidado o hayan actuado con negligencia.

Firma (Padre/Tutor)

Fecha

Firma

(Participantes mayores de 18 años de edad firman su propio consentimiento)

Fecha

Código de Comportamiento

¡Esperamos que durante todas las actividades patrocinadas por la diócesis, 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!

CÓDIGO 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** ropa 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 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)

***Doy mi 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: _____

CONSENTIMIENTO MÉDICO

Asuntos Médicos

Afirmo, dentro de lo que yo sé, que mi hijo está en buena condición médica, y asumo toda responsabilidad por su salud. De las siguientes declaraciones médicas, firme sólo las que usted quiera:

Tratamiento de Emergencia Médica

En caso de alguna emergencia, yo doy permiso para que lleven a mi hijo a un centro de tratamiento para cuidado quirúrgico y médico. Deseo que se pongan en contacto conmigo antes de cualquier otro tratamiento. En caso de una emergencia en la que no pueda ponerse en contacto conmigo, por favor póngase en contacto con:

Nombre y Relación _____ Teléfono (____) _____

Doctor Familiar: _____ Teléfono (____) _____

Medicamentos

Mi hijo traerá todo su medicamento bien etiquetado que le sea necesario. Nombres de medicamento e instrucciones de administración, incluyendo la dosis y la frecuencia de administración, son:

Mi hijo está tomando el siguiente medicamento:

Medicamento: _____ Dosis: _____

Manera de Administrar: _____

_____ **NIEGO PERMISO** de que cualquier tipo de medicamento, ya sea de prescripción o no, sea administrado a mi hijo, al menos que su vida esté en peligro o un tratamiento de emergencia sea requerido. (Favor de poner sus iniciales en la línea si está de acuerdo con esta afirmación.)

_____ **DOY PERMISO** para que se le administre a mi hijo, si es necesario, medicamento que no es de prescripción como: Tylenol, pastillas para la garganta, o jarabe para la tos. (Favor de poner sus iniciales en la línea si está de acuerdo con esta afirmación.)

INFORMACIÓN DE CONDICIÓN MÉDICA

(El equipo diocesano cuidará a su hijo tomando en cuenta la siguiente información que será mantenida confidencialmente)

Mi hijo tiene: _____

Marque si ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado con: Convulsiones Asma Diabetes

Reacciones alérgicas a lo siguiente (comidas, colorantes, syntex, etc.) _____

¿Ha tenido una operación quirúrgica dentro de los últimos seis meses? Sí No

¿Todavía está bajo cuidado médico? Sí No

¿Está bajo una dieta médica? _____

Tiene las siguientes limitaciones médicas: _____

¿Ha recibido vacunas requeridas hasta esta fecha? Sí No

Fecha de última vacunación contra el tétanos _____

Mi hijo tiene las siguientes condiciones especiales: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

(Favor de mandar con esta forma una copia de tu tarjeta de seguro médico, del frente y de la parte de atrás.)

Nombre de compañía de Seguro Médico: _____

Nombre del asegurado: _____

Número ID (de identificación) de seguro: _____ Número de Póliza: _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Empleo: _____

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Empleo: _____

No tengo seguro médico.

En caso de que los encargados de esta actividad se den cuenta que mi hijo está enfermo o que tiene repetidos síntomas de dolor de cabeza, vomito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que se me llame inmediatamente. Si esto requiere una llamada de larga distancia, quiero que se me haga una llamada por cobrar (con los gastos mandados a mí).

Firma (Padre/Tutor) Padre o tutor debe firmar para los que son menores de 18 años.

Fecha

Firma (Participantes mayores de 18 años deben firmar su propio consentimiento)

Fecha