

Publicación Médica y de Imágen

Información del Participante:

Nombre del evento: _____ Fecha del evento: _____
Nombre del participante: _____ Correo electrónico: _____
Grado: _____ Iglesia: _____
Dirección: _____ Ciudad/estado/area: _____
Padre(s) / tutor(es)
Nombre 1: _____ Nombre 2: _____
Teléfono de preferencia: _____ Teléfono de preferencia: _____
Correo electrónico: _____ Correo electrónico: _____
En caso de Emergencia, donde las personas arriba mencionadas no pudieran ser ubicadas, por favor notificar:
Nombre: _____ Relación: _____
Ciudad de residencia: _____
Teléfono (día): _____ Teléfono (noche): _____

Yo/nosotros, el padre(s) o tutor(es) legal de _____, un menor, autorizo y consiento cualquier exámen de rayos-x, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico o tratamiento y cuidado hospitalario lo cual sea necesario, y sea dado bajo la supervisión general o especial de cualquier personal licenciado médico trabajando para cualquier hospital licenciado. Esta autorización es dada en avance de cualquier diagnóstico, tratamiento, o cuidado hospitalario que fuese requerido, la cual es dado para proveer autoridad y poder al cuidador, el cual sigue los consejos en el mejor juicio de un médico.

**Autorización
Médica**

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

◀ Firmar aquí

Cumpleaños del Menor: _____ Fecha de la última vacuna contra el tétanos: _____
Alergias: _____ Medicamentos: _____
Necesidades especiales: _____
Doctor: _____ Teléfono del doctor: _____
Seguro: _____ Poliza #: _____

Yo doy consentimiento a la Diócesis Episcopal de California y _____ permiso para tomar fotografías, video, y/o grabar la voz de _____, un menor, y usar esas imágenes y grabaciones en la literatura y publicaciones en la web de la Iglesia Episcopal solo y siguiendo las políticas diocesanas acerca de la comunicación social.

**Publicación
de Foto,
Audio,
y Video**

Fecha: _____ Firma: _____ Relación: _____

◀ Firmar aquí