



# DIOCESE OF SAN JOSE

## Insurance & Risk Management

### **Formulario de Exención para Participar en el Programa**

#### Responsabilidad Legal General

Información de la Parroquia/Escuela	
Nombre del Lugar:	Lugar #:
Dirección:	Teléfono:
Nombre de Contacto:	Facsimil:
<b>AVISO PARA TODOS LOS ADMINISTRADORES DE PARROQUIA / ESCUELA - LA EXENCION MÉDICA DEL PARTICIPANTE DEBE MANTENERSE EN EL ARCHIVO DE LA PARROQUIA / ESCUELA EN CASO DE EMERGENCIA. SI OCURRE UN INCIDENTE, POR FAVOR INFORME TODOS LOS INCIDENTES AL GERENTE DE SEGUROS Y RIESGOS DIOCESANO, <a href="mailto:THERESA.LAVOUN@DSJ.ORG">THERESA.LAVOUN@DSJ.ORG</a> DENTRO DE 24 HORAS DE OCURRIDO. UNA NUEVA EXENCION DEBE SER COMPLETADA, FIRMADA Y MANTENIDA EN ARCHIVO ANUALMENTE.</b>	
Información Personal del Participante	
Nombre del Participante:	Teléfono:
Dirección de casa:	Correo electrónico:
Nombre del Plan Medico:	Numero de Póliza:
Dirección del Plan Medico:	Teléfono:
Nombre del Contacto de Emergencia #1:	Teléfono:
Nombre del Contacto de Emergencia #2:	Teléfono:
Información del Programa	
Fecha de inicio:	Nombre del Programa:
Autorización de Exención	
EL FORMULARIO DEBE COMPLETARSE EN TODOS LOS ASPECTOS, ESTAR FIRMADO Y FECHADO PARA AUTORIZAR LA EXENCION	
<i>EN LA MEDIDA EN QUE LO PERMITA LA LEY, MANTENGO A LA PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSÉ LIBRE DE CUALQUIER RECLAMO DE LESIÓN, ENFERMEDAD, ENFERMEDAD O DAÑO QUE YO / MI HIJO PODAMOS SUFRIR O SOSTENER DURANTE EL PROGRAMA INDICADO EN ESTE FORMULARIO CON EXCEPCIÓN DE LESIONES POR DAÑOS DERIVADOS DE LA NEGLIGENCIA EXCLUSIVA DE LA PARROQUIA / ESCUELA O DIOCESIS DE SAN JOSÉ. DOY FE DE QUE YO / MI HIJO(A) ESTÁ FÍSICAMENTE APTO(A) PARA PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA.</i>	
<i>EN EL CASO DE QUE YO/MI HIJO(A) ESTÉ ENFERMO(A) O LASTIMADO(A), POR LA PRESENTE ACEPTO CUALQUIER TRATAMIENTO MÉDICO, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A RAYOS X, EXAMEN O ATENCIÓN HOSPITALARIA, CONSIDERADOS NECESARIOS EN EL MEJOR JUICIO DEL MÉDICO ASISTENTE Y REALIZADO POR O BAJO LA SUPERVISIÓN DE UN MIEMBRO DEL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL Y / O DE OTRO CENTRO MÉDICO QUE PROPORCIONA EL TRATAMIENTO. EN MI CONOCIMIENTO NO HAY NINGUNA CONDICIÓN MÉDICA QUE PODRÍA HACER INAPROPIADO PARA MI / MI HIJO(A) EL PARTICIPAR EN CUALQUIER ACTIVIDAD ASOCIADA CON EL PROGRAMA.</i>	
<i>También, el nuevo coronavirus, COVID-19, es una enfermedad altamente infecciosa y potencialmente mortal declarada por la Organización Mundial de la Salud como una pandemia mundial. La naturaleza altamente contagiosa de COVID-19 significa que el contacto con otras personas o con superficies que han estado expuestas al virus puede provocar una infección. Además, las personas que pueden haber sido infectadas con COVID-19 pueden estar asintomáticas por un período de tiempo o nunca presentar síntomas en absoluto. Debido a su naturaleza altamente contagiosa y a veces "oculta", actualmente es muy difícil controlar la propagación de COVID-19 o determinar dónde o cómo un individuo específico pudo haber estado expuesto a la enfermedad.</i>	

Por lo tanto, reconozco la naturaleza contagiosa del COVID-19 y el hecho de que puede ser difícil de identificar en otra persona, y los riesgos inherentes de exposición en este programa a quienes puedan estar infectados con COVID-19. Asumo voluntariamente el riesgo de que mi hijo(a) o yo podamos ser expuestos o infectados por COVID-19, u otro virus o enfermedad infecciosa, al participar en este evento y que dicha exposición o infección pueda resultar en lesiones personales, enfermedades, discapacidad permanente, y / o incluso la muerte.

Mi hijo(a)/ yo también reconozco que CDC y muchas otras autoridades de salud pública continúan recomendando el distanciamiento social y otras medidas de protección para prevenir la propagación del COVID-19. Yo/mi hijo(a) reconocemos que yo/mi hijo(a) debemos cumplir con todos los procedimientos establecidos para reducir la propagación de COVID-19 mientras estamos participando en el programa.

Yo / mi hijo(a) entendemos que la PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSE han establecido nuevas reglas y precauciones para mitigar la propagación de COVID-19, cuyas reglas y precauciones pueden ser actualizadas en cualquier momento. Si bien reconozco que estas reglas y precauciones pueden o no ser efectivas para mitigar la propagación del COVID-19, mi hijo(a) / yo estoy de acuerdo en cumplir con dichas reglas y precauciones que pueden incluir, mas no limitarse a el uso de una cubierta facial, lavado de manos, desinfección de manos y distanciamiento social.

Mi hijo(a) / yo entiendo y reconozco que, dada la naturaleza desconocida del COVID-19, no es posible enumerar completamente todos y cada uno de los riesgos individuales de contraer COVID-19. Yo / mi hijo(a) entendemos que el riesgo de estar expuesto o infectado por COVID-19 durante la participación en el programa puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia de mí mismo y de otros, incluidos, mas no limitados a sacerdotes, parroquia / escuela / personal diocesano, participantes y otros trabajadores parroquiales / escolares / diocesanos, incluidas sus familias. Yo / mi hijo(a) reconozco que la PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSÉ no puede limitar todas las fuentes potenciales de infección por COVID-19 y no puedo garantizar que yo / mi hijo(a) no se infectará con COVID-19.

Mi hijo(a)/yo, voluntariamente participamos en el programa de la PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSÉ y reconozco que, al participar, yo/mi hijo(a) aumenta el riesgo de exposición al COVID-19. Yo / mi hijo(a) asumimos voluntariamente toda la responsabilidad por todos y cada uno de los riesgos de enfermedad o lesión asociados con la exposición de mí o mi hijo(a) al COVID-19, u otro virus o enfermedad infecciosa, así como por el uso de cualquier equipo de protección, incluidas las cubiertas faciales, que la PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSE pueda proporcionarme voluntariamente a mi / mi hijo(a).

Antes de traer a mi hijo(a) al programa, por la presente certifico que:

1. Mi hijo(a) / yo no está experimentando ningún síntoma de enfermedad como tos, falta de aire o dificultad para respirar, fiebre, escalofríos, temblores repetidos con escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta o pérdida del gusto u olfato.
2. Yo o mi hijo(a) no hemos viajado internacionalmente en los últimos 14 días.
3. Yo o mi hijo(a) no hemos viajado a un área muy afectada dentro de los Estados Unidos de América en los últimos 14 días.
4. No creo que mi hijo(a) haya estado expuesto a alguien con un caso sospechoso y / o confirmado de COVID-19.
5. A mí / a mi hijo(a) no se nos ha diagnosticado COVID-19 y las autoridades de salud pública estatales o locales aún no nos han aprobado como no contagiosos.
6. Yo/mi hijo(a) estoy siguiendo todas las pautas recomendadas por CDC y limitando la exposición de mi/mi hijo(a) al COVID-19.

Estoy de acuerdo en que, si yo o mi hijo(a) presenta síntomas de enfermedad como tos, falta de aire o dificultad para respirar, fiebre, escalofríos, temblores repetidos con escalofríos, dolor muscular, dolor de cabeza, dolor de garganta o pérdida del gusto u olfato, Yo / mi hijo(a) buscaré atención médica inmediata, permaneceré aislado y en cuarentena hasta que yo / mi hijo(a) haya sido autorizad(a) por un profesional médico a regresar al programa.

Yo / mi hijo(a) por la presente libero y estoy de acuerdo en mantener a la PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSE libres de toda responsabilidad, y eximo en mi nombre / mi hijo(a), mis familiares y cualquier representante personal, a cualquier y todas las causas de acción, reclamos, demandas, daños, costos, gastos y compensación por daños o pérdidas a mí / mi hijo(a) y / o bienes que puedan ser causados por cualquier acto, o falta de actuar de la PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSE, o que pueda de otra manera surgir en conexión con cualquier servicio del participante que yo / mi hijo(a) proporcione a la PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSÉ.

Yo / mi hijo(a) entiendo que esta autorización exime a la PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSE de cualquier responsabilidad o reclamo que yo / mi hijo(a), mis familiares o cualquier representante personal pueda tener contra la parroquia con respecto a cualquier lesión corporal, enfermedad, muerte, tratamiento médico o daños a la propiedad que puedan surgir de, o en conexión con, cualquier servicio del Participante proporcionado por la PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSE.

Esta exención y liberación de responsabilidad se extiende a la PARROQUIA / ESCUELA Y DIOCESIS DE SAN JOSE junto con su clero, personal y otros participantes.

Firma del Participante:  
(Firma del Padre si el Participante es menor de 18)

Fecha de Firma:

**Solo para uso interno**

Recibido por:

Fecha de Recibido: