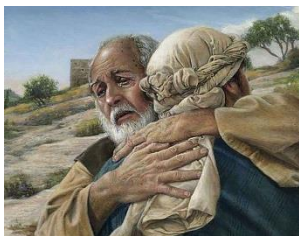


## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN



*“Me levantaré, volveré a mi padre y le diré: Padre he pecado contra el cielo y contra ti.”  
Lucas 15:18*

**Retiro ACTS para hombres (2019)  
Nuestra Señora de Guadalupe  
Marzo 28 - 31, 2019**

Nos gustaría invitarle a unirse a nosotros para un fin de semana que cambiará sus vidas. Esta experiencia se llevará a cabo el jueves 28 de marzo del 2019 hasta el domingo 31 de marzo del 2019 en el **Centro de Retiros Down Home Ranch**. Será una oportunidad para la renovación espiritual y compañerismo. Se proporcionarán comidas y transporte al centro de retiro y de regreso a la parroquia.

Para más información, por favor, contacte a:

Fredy Reyes  
Director  
(512) 770-0375

David Delgado  
Co-Director  
(512) 633-7747

Guillermo Rodríguez  
Co-Director  
(512) 436-4517

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO MES/DIA
NOMBRE (como quiera que aparezca en su gafete)	Parroquia/Iglesia
DIRECCIÓN	Ciudad/ Estado/ Código Postal
TELÉFONO (Principal)	TELÉFONO (Secundario)
CORREO ELECTRÓNICO	
ALERGIAS	DIETA ESPECIAL
CUALQUIER OTRA NECESIDAD MÉDICA O DE OTRA ÍNDOLE	
PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA	RELACIÓN
DIRECCIÓN	TELÉFONO

Nombre dos familiares o amigos cercanos que le gustaría que oren por usted durante este retiro:

Nombre	Relación	Teléfono	Correo Electrónico
Nombre	Relación	Teléfono	Correo Electrónico

Por favor devuelva este formulario de inscripción, junto con su depósito de **\$50** a un miembro del equipo de ACTS o la oficina parroquial de Nuestra Señora de Guadalupe en 1206 E. 9 "St., Austin, Texas, 78702 (512) 478-7955. Cheques pueden ser escritos a: **Our Lady of Guadalupe**. El costo total es de **\$145**

Nuestra Señora de Guadalupe  
Retiro ACTS para hombres, Marzo 28 – 31, 2019

CONSENTIMIENTO DE ADULTOS Y AUTORIZACION PARA DAR TRATAMIENTO MEDICO

(Para participantes adultos de 21 años de edad o más.)

En caso de emergencia y en el caso de no estar consiente o coherente, por este medio concedo a representantes de La Diócesis de Austin, mi parroquia, y/o otros adultos permiso de actuar en mi nombre en la búsqueda de tratamiento médico de emergencia para mí en caso de que tal tratamiento sea necesario.

Por este medio doy mi consentimiento y permiso para que personal médico autorizado administre el tratamiento médico; incluyendo cualquier examen de rayos X, diagnóstico médico de cirugía o tratamiento médico, y otra evaluación, diagnóstico, tratamiento, medicamento o cuidado hospitalario de acuerdo con la práctica médica estándar.

Yo absuelvo y libero a La Parroquia de Nuestra Señora de Guadalupe, la Diócesis de Austin, sus representantes, empleados y voluntarios, de cualquier responsabilidad en absoluto aún actuando de mi parte en cuanto al tratamiento médico, y en cualquier otro considerado necesario si yo llegara a quedar incapacitado.

Adicionalmente, doy mi permiso para ser fotografiado durante actividades asociadas con el antes mencionado evento. Yo entiendo que dichos fotos/videos pueden ser usados para futura publicidad dentro de la parroquia, Diócesis y o Iglesia Católica.

**Cláusula de Indemnidad:**

**Hago por este medio, para mí, mis herederos, ejecutores, y administradores, renuncio, libero, absuelvo, indemnizar y estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a todos los adultos afiliados a este evento, y otros participantes, La Parroquia de Nuestra Señora de Guadalupe, la Diócesis Católica de Austin, Diocesanos o empleados de la parroquia, el lugar del evento, y cualquiera de los representantes, sucesores, supervisores, patrocinadores, y/o organizadores, por cualquier lesión en conexión con el evento antes mencionado, provyendo que dichas lesiones no sean resultado directo por negligencia intencional.**

**Igualmente libero de la responsabilidad a cualquier persona(s), línea aérea, compañía de autobús, u otro servicio de transporte, transportándome en un vehículo privado y/o alquilado, hacia y desde cualquier actividad relacionada con el evento mencionado anteriormente, con la excepción de la negligencia directa debido totalmente, o en parte, a un fracaso mecánico y/o error del operador.**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(Es requerido para tratamiento en la mayoría de los hospitales.)

Campania de Seguro: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_

Dirección y Teléfono de Compañía: \_\_\_\_\_

Lugar del Empleo que proporciona Seguro: \_\_\_\_\_

**Por favor anexe una fotocopia de la Tarjeta de Seguro a esta Forma.**

Comentarios adicionales en referencia a historia médica, alergias, medicamentos u otras condiciones:

Fecha de la última Vacuna contra Tétano: \_\_\_\_\_

**En caso de una emergencia, por favor llame a la persona (s) mencionada abajo:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Reconozco que mi firma en el fondo de esta página significa que estoy de acuerdo con todas las declaraciones en esta forma. Además, consiento en cumplir con todas las pólizas y expectativas en cuanto a líderes adultos acompañantes participantes de la Diócesis Católica de Austin y la Iglesia de Nuestra Señora de Guadalupe. Me abstendré de cualquier acción comportamientos que no son consistentes con las enseñanzas de la Iglesia Católica y alguno que podría ser potencialmente peligroso para mí y/o para otros participantes.

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_