



**FORMULARIO B: FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN ANUAL**

Participante/Adulto Líder/Chaperón Nombre: \_\_\_\_\_ Talla de Camisa: \_\_\_\_\_ (adulto)

Reconozco haber ejecutado el Formulario A (Formulario de Consentimiento Continuo de Padres/Tutores y Exención de Responsabilidad) o el Formulario C (Formulario de Relevó y Relevó de Líder/Chaperón Adulto), y que permanece en efecto, por lo tanto, liberando a la Oficina de Ministerio Juvenil, al personal de la Oficina de Ministerio Juvenil, a la Iglesia Católica/Parroquias y al personal de la Iglesia Católica/Parroquias, chaperones adicionales, y a la Diócesis de Shreveport de cualquier y toda responsabilidad y renunciando a todos los reclamos en contra de ellos; y, solicitando que se obtenga el tratamiento médico apropiado para mi hijo(a) en caso de que sea necesario.

Por favor, ponga sus iniciales en uno.

\_\_\_\_\_ Desde la ejecución del Formulario A, **no ha habido cambios** en la dirección de mi casa, número de teléfono de casa, números de empleo, números de teléfono móvil, direcciones de correo electrónico, contacto de emergencia, u otra información pertinente para mi hijo (yo).

\_\_\_\_\_ Desde la ejecución del Formulario A, **se han producido cambios** en el domicilio, número de teléfono particular, números de empleo, números de teléfono móvil, direcciones de correo electrónico, contacto en caso de emergencia u otra información pertinente de mi hijo (yo). Estos cambios se indican a continuación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, ponga sus iniciales en uno.

\_\_\_\_\_ Desde la ejecución del Formulario A, **no se han producido cambios** en la medicación o en las condiciones médicas de mi hijo (yo)

\_\_\_\_\_ Desde la ejecución del Formulario A, **se han producido cambios** en la medicación o en las condiciones médicas de mi hijo (yo). Estos cambios se indican a continuación.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor, ponga sus iniciales en uno.

\_\_\_\_\_ Desde la ejecución del formulario A, **no se han producido cambios** en la cobertura del seguro médico de mi hijo (yo).

\_\_\_\_\_ Desde la ejecución del formulario A, **se han producido cambios** en la cobertura del seguro médico de mi hijo (yo). Estos cambios se indican a continuación.

**Por favor, incluya una copia de cualquier tarjeta de seguro médico nueva o actualizada.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si usted es un adulto líder/acompañante, por favor escriba sus iniciales en todas las casillas que correspondan.

\_\_\_\_\_ Cumpro con todos los aspectos del Programa de Ambiente Seguro de la Diócesis de Shreveport, incluyendo el programa de entrenamiento Protegiendo a los Niños de Dios y la verificación de antecedentes, los cuales mantendré al día y actualizados.

\_\_\_\_\_ Si me ofrezco como conductor voluntario para transportar a menores no relacionados conmigo, estoy de acuerdo en tener un Reporte de Vehículo Motorizado actual realizado a través de la Diócesis de Shreveport, poseer una licencia de conducir válida, tener la licencia apropiada y actual y el registro del vehículo, y tener los límites mínimos aceptables de responsabilidad de seguro de \$100,000/\$300,000.

Si el participante tiene 18 años o más, el consentimiento debe ser firmado ambos, tanto por el participante como por el padre/guardián.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante (de ser mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Participante (de ser mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha  
Revisado julio 2023