BÚSQUEDA # 51

DICIEMBRE 15-17 DEL 2023

Lugar: Centro Católico San Juan
2500 North Tyler Street. Little Rock, AR 72207

BÚSQUEDA # 51

*** Por favor, completa **todos** los espacios con letra que sea fácil de leer ***

Nombre: _____

Dirección: _____

P.O. Box: _____

Ciudad: _____ **C.P.** _____

Correo electrónico: _____

Núm. de Teléfono: (_____)_____

***Núm. de Teléfono de padres:** (_____)_____

Género: Masculino ___ Femenino ___

Grado Escolar: _____

Edad: _____

Fecha de Nacimiento:
Mes_____Día_____Año_____

Talla de playera
S ____ M ____ L ____ XL ____ XXL ____

Nombre de la parroquia _____

SACRAMENTOS QUE HAS RECIBIDO:
Bautismo _____ Primera comunión _____ Confirmación _____

Practicas tu Fe en la Iglesia Católica? Si ___ No _____
Perteneces a algún grupo juvenil en tu parroquia? Sí ___ ¿cuál? _____ **No ____**
¿Puedes leer en español? Sí _____ No _____
¿Cómo te enteraste de Búsqueda? _____
¿Qué esperas encontrar o aprender al vivir este retiro? _____
_____

¿Cuál es el nombre, parentesco y números de teléfono de la persona con quien vives?
Nombre**:** _____ Parentesco**:** _____
Número de Teléfono: (_____) _____-_____ En caso de emergencia (_____) _____-_____

INFORMACIÓN SOBRE TU SALUD
Favor de anotar cualquier problema físico o relacionado con tu salud del cual los organizadores de este retiro deberían estar enterados:
(**dieta especial, enfermedades del corazón, diabetes, epilepsia, alergias u otras enfermedades**)_____
_____

AUTORIZACIÓN

Nosotros, los padres o tutores legales autorizamos a nuestro hijo / a: _____ para que participe en el retiro del fin de semana de Búsqueda. Entendemos y estamos conscientes que no haremos responsables al Movimiento de Búsqueda, ni a la Diócesis Católica de Little Rock por heridas o cualquier accidente que le suceda durante el fin de semana. ***Con mi firma certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es correcta.***

_____ _____ _____ _____
(Firma – papá, mamá o tutor legal) *(Fecha)* *(Firma – párroco)* *(Fecha)*

Depósito: $ 40.00 Necesitarás enviar un cheque o giro postal (money-order a nombre de DOLR/Busqueda) junto con esta solicitud. No envíes dinero en efectivo por correo.

Saldo: $55.00 (después de ser aceptado/a)

Costo TOTAL del fin de semana: $ 95.00

(Incluye: hospedaje, comida, materiales y playera del retiro)

Favor de NO completar este espacio:
Fecha recibida _____/_____/_____
Cantidad recibida: _____ Núm. de cheque _____
¿Aceptado/a? ☐ Sí ☐ No – Motivo:_____

BUSQUEDA PARA UNA MADUREZ CRISTIANA

El objetivo primordial de Búsqueda es despertar en los jóvenes el deseo de ser mensajeros de la Buena Nueva de Cristo.

Búsqueda es un medio, entre otros movimientos de la Iglesia católica, para llevar a los jóvenes a una madurez, a un crecimiento humano cristiano, a un conocimiento de ti mismo, de tu relación con los demás y con Dios.

¿Qué hacemos durante el fin de semana?

Tenemos pláticas, videos, cantos, dinámicas, hacemos oración, compartimos y reflexionamos sobre temas importantes acerca de nuestra fe, de la familia y de nuestras vidas, en fin, hay una variedad de actividades en grupo.

Iniciamos el viernes a las 6:30-7:00 p.m. y clausuramos con una Misa el domingo a las 2:00 p.m.

REQUISITOS PARA VIVIR EL RETIRO DE BUSQUEDA:

- Ser católico / católica
- **Tener entre 14 y 17 años cumplidos** ***(SIN EXCEPCION)***
- Haber recibido la Primera Comunión
- **No** debes estar viviendo en pareja con alguien ni tener hijos.

ENVÍA TU SOLICITUD CON TIEMPO, NO ESPERES HASTA EL ULTIMO DÍA. CUPO LIMITADO.
ES NECESARIO QUE NOS PROPORCIONES UN CORREO ELECTRÓNICO QUE ESTÉ ACTIVO.
SI DESPUÉS DE ENVIAR TU SOLICITUD NO RECIBES CONFIRMACIÓN DE RECIBIDO, COMUNÍCATE A LA OFICINA DEL MINISTERIO JUVENIL HISPANO: 501-664-0340 PREGUNTANDO SI HA SIDO RECIBIDA TU SOLICITUD. RECUERDA QUE NO TENEMOS NINGÚN CONTROL SOBRE EL CORREO POSTAL Y EN OCASIONES HAY DEMORAS O ATRASOS.

Nota: Enviar una solicitud dentro de la fecha límite no garantiza que serás aceptado, en caso de sobre cupo.

Se recomienda que las comunidades no envíen grupos grandes de participantes. Si se reciben muchas solicitudes de una sola comunidad es probable que NO sean aceptados todos en el Retiro. Si usted tiene alguna duda al respecto, comuníquese inmediatamente a la Oficina del Ministerio Juvenil Hispano al: 501-664-0340.

Es importante que tu **PÁRROCO ESTÉ ENTERADO DE TU ASISTENCIA AL FIN DE SEMANA DE BÚSQUEDA**.

El cupo es limitado y se aceptarán las solicitudes según como vayan llegando; una vez que recibamos tu solicitud, si reúnes los requisitos, se te avisará de todos los últimos detalles.

FECHA LIMITE PARA RECIBIR SOLICITUDES Dic 1 del 2023
Diócesis de Little Rock
Ministerio Juvenil Hispano - BÚSQUEDA
2500 North Tyler Street
Little Rock, AR 72207

N*o se aceptarán solicitudes por medio de fax, mensaje o correo electrónico.*
las primeras que lleguen serán las primeras en ser aceptadas.

CODIGO DE COMPORTAMIENTO

(Este Código de Comportamiento debe ser leído por los padres de los participantes)
¡Se espera que durante todas las actividades el participante muestre madurez, liderazgo y responsabilidad!

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** playeras/blusas inapropiadas, shorts muy pequeños, minifaldas, ropa rasgada o con imágenes o texto inapropiados durante el tiempo del retiro. Si se viste con ropa inapropiada, se le pedirá al participante que se cambie de ropa.

3. Cada participante es responsable de sus propias acciones, se le pedirá que asuma las consecuencias por cualquier comportamiento negativo y 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 y cualquier medio de comunicación electrónico como teléfonos, iPods, cámaras fotográficas y juegos electrónicos.

6. Se espera que cada participante muestre 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 esté llevando a cabo.

Yo entiendo y acepto este código de comportamiento.

_____ _____
(Firma del participante) (Fecha)

Doy mi consentimiento y acataremos las condiciones anteriormente mencionadas para que mi hijo/a pueda participar en este evento.

_____ _____
(Firma del papá / mamá / tutor legal) (Fecha)

Núm. de Tel. (día):_____ Núm. de Tel. Celular: _____

Nombre de otra persona, en caso de que el papá/mamá/tutor no se encuentre: _____

Núm. de Tel.: _____ Núm. de Tel. Celular: _____

Diócesis de Little Rock / Oficina del Ministerio Juvenil Hispano

CONSENTIMIENTO DEL PADRE, MADRE O TUTOR
RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO MÉDICO

Nombre del Participante:_____ Fecha de nacimiento:_____

EDAD: _____ GRADO: _____ GENERO: ☐Masculino ☐Femenino

Domicilio:._____

Ciudad: _____ C.P.: _____

Papá/mamá/tutor legal: _____ Teléfono: (_____) _____

Teléfono Alternativo: (_____) _____ Tel. Celular (_____) _____

Parroquia: _____

CONSENTIMIENTO Y DISPENSA DE RESPONSABILIDAD

¡Importante! El padre/tutor debe completar esta forma.

Yo (nombre del papá/mamá/tutor legal) _____, autorizo a mi hijo/a (nombre del participante) _____, para que participe en **el retiro de BUSQUEDA #51** que se llevará cabo del **15-17 de Diciembre del 2023** en la **Diócesis de Little Rock**.

Dispenso a la Diócesis de Little Rock, a la parroquia (su párroco, ministro juvenil, u otros coordinadores, etc.) o a cualquier representante relacionado con la actividad programada, de toda responsabilidad por cualquier daño que le pudiese ocurrir a mi hijo/a, al menos de que las personas a cargo del evento fueran negligentes.

_____ _____

Firma (papá / mamá / tutor legal) **Fecha**

CONSENTIMIENTO MÉDICO

Cuestiones Médicas

Por este medio garantizo que mi hijo/a está en buenas condiciones de salud, y asumo toda la responsabilidad por su salud.
En las declaraciones o preguntas a continuación con respecto a cuestiones médicas, complete solamente aquellas con las que usted esté conforme.

Tratamiento médico en caso de una emergencia

Por este medio doy permiso para que transporten a mi hijo/a a un hospital para recibir tratamiento médico ó para que lo operen en caso de una emergencia. Deseo que me avisen en caso de que el hospital o el médico requieran cualquier tratamiento adicional para mi hijo/a. En caso de una emergencia y que no puedan comunicarse conmigo, por favor comuníquense con:

Nombre y parentesco: _____ Teléfono: _____

Médico de la familia: _____Teléfono: _____

Medicamentos

Mi hijo/a traerá todos sus medicamentos, claramente descritos, que sean necesarios.
Los nombres de los medicamentos e indicaciones, incluyendo dosis y frecuencia, para asegurarse de que mi hijo/a tome sus medicamentos son los siguientes:

Mi hijo/a está tomando el siguiente medicamento
Nombre del medicamento (s): _____Dosis: _____
Administrador: _____

_____ Por este medio **NO PERMITO** que se le administren medicamentos a mi hijo/a, sin importar que tenga o no receta médica, al menos que ponga en riesgo su vida y se requiera tratamiento de emergencia. (Por favor escriba sus iníciales).

_____ Por este medio **DOY PERMISO** para que se le administren medicamentos sin receta médica a mi hijo/a (Tylenol, pastillas para el dolor de garganta, jarabe para la tos) si fuese necesario. Entiendo que no se le administrará aspirina a mi hijo/a. (Por favor escriba sus iniciales).

Información sobre condiciones médicas

(El personal diocesano tomará el debido cuidado para asegurarse de que la siguiente información sea manejada confidencialmente).

¿Ha tenido su hijo/a episodios o ha sido diagnosticado con lo siguiente?: Ataques _____ Asma _____ Diabetes ____
¿Ha tenido su hijo/a reacciones alérgicas a lo siguiente (comidas, tintes, látex etc.)? _____
¿Ha tenido su hijo/a cualquier cirugía médica en los últimos seis meses? Sí ___ No ___
¿Está su hijo/a aún bajo cuidado médico? Sí ___ No ___
¿Esta su hijo/a bajo una dieta médica? _____
¿Tiene su hijo/a alguna limitación física? _____
¿Están al día sus vacunas? Sí ____ No ____ Fecha de la última vacuna contra el tétano / difteria _____
¿Hay cualquier otra cuestión médica que debamos tomar en cuenta? _____

Información de seguro médico

(Por favor adjunte una copia de su tarjeta de seguro médico, frente y reverso, a esta forma)

Nombre del asegurado: _____
Número de identificación del seguro: _____
Nombre del padre:_____ Fecha de nacimiento: _____
Lugar de empleo: _____
Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Lugar de empleo: _____

☐ No, yo no tengo seguro médico en estos momentos.

En caso de que los coordinadores del evento se den cuenta de que mi hijo/a se enferme con síntomas frecuentes como dolor de cabeza, vómito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que me avisen inmediatamente.

Entiendo completamente la información de este Consentimiento de Médico y doy fe de que la información proporcionada es correcta.

_____ Fecha: _____
Firma (papá/mamá/tutor legal)