

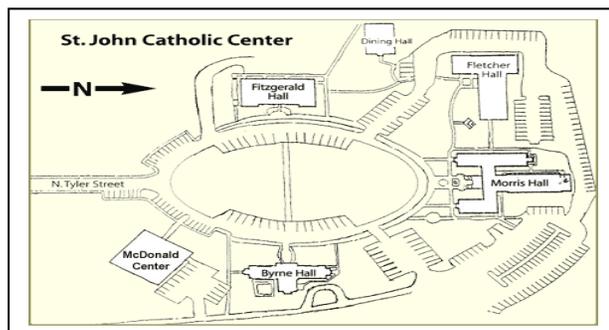


Envíe o regréselo a:

Diócesis de Little Rock
Oficina de Vocaciones
2500 N. Tyler St. / P.O. Box 7565
Little Rock, AR 72217

(501) 664-0340
Fax (501) 664-0119

Por correo electrónico:
mizquierdo@dolr.org



DIRECCIONES

Desde I-40 Oeste:

- Sigue hacia el oeste en I-40
- Tome el carril izquierdo hacia I-30 Little Rock
- A su derecha tome la salida Cantrell
- Sigue hacia el oeste en Cantrell hasta Kavanaugh
- Dé vuelta a la derecha en Kavanaugh
- Dé vuelta a la derecha en Tyler

Desde I-40 Este:

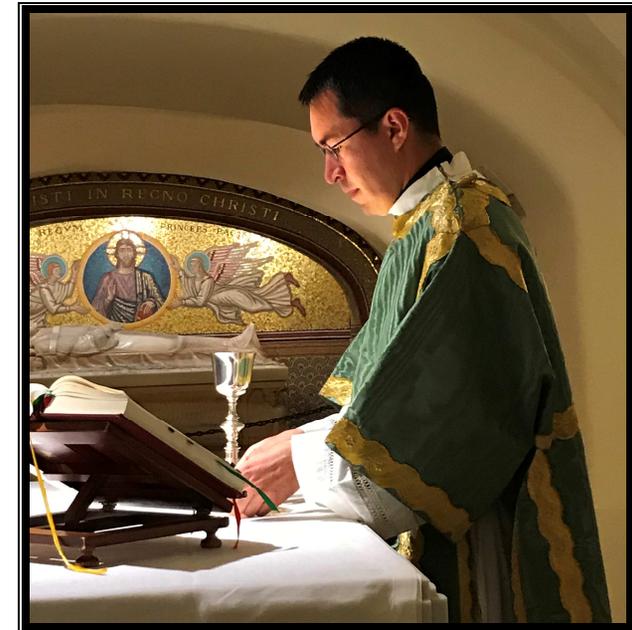
- Sigue hacia el este en I-40
- Siga por el carril de la derecha para tomar I-430 Little Rock/Texarkana
- A su derecha, tome la salida de Cantrell/Hwy-10
- Sigue hacia el este en Cantrell hasta Tyler
- Dé vuelta a la izquierda en Tyler

Desde I-30 Norte:

- Sigue hacia el norte en I-30
- Tome el carril derecho para I-430 hacia Little Rock
- A su derecha, tome la salida de Cantrell/Hwy-10
- Sigue este en Cantrell hasta Tyler
- Dé vuelta a la izquierda en Tyler

La calle Tyler lo lleva directamente a la entrada del Centro Católico San Juan

¿Te está llamando Dios?



"Vengan y Vean" **Retiro de Discernimiento al Sacerdocio Diocesano**

Un retiro patrocinado por
la Oficina de Vocaciones
y los Seminaristas de la
Diócesis de Little Rock

28-29 de diciembre, 2018
Centro Católico San Juan

“VENGAN Y VEAN”

Acompáñenos al retiro anual de “Vengan y Veán” que se llevará a cabo el 28-29 de diciembre, 2018, en el Centro Católico San Juan en Little Rock para hombres de 16 años en adelante. Este retiro está arraigado en la oración y consiste de charlas, paneles de discusión, videos vocacionales y testimonios personales de sacerdotes y seminaristas.

El propósito es de proporcionar al participante la oportunidad de explorar más a fondo un posible llamado al sacerdocio diocesano. Acompáñenos mientras tratamos los siguientes temas:

- ¿Qué es una Vocación?
- La Oración y su Importancia en Mi Vida
- Discernimiento: ¿Qué Quiere Dios Para Mí?
- Los Pilares de Formación y la Vida en el Seminario
- El Sacerdote de Hoy

El alojamiento será en el Centro Católico San Juan. Cada participante debe traer artículos de higiene personal como: cepillo de dientes, champú, desodorante, etc. Puede traer ropa informal; sin embargo, recomendamos que traiga pantalones caqui, camisa de cuello tipo polo y zapatos de vestir para la Misa.

Se proveerán comidas comenzando con la cena del viernes, 28 de diciembre hasta el almuerzo del sábado, 29 de diciembre. También habrá aperitivos y podemos proveerle transporte si es necesario. Para obtener más información, visite el siguiente enlace:

<http://www.dolr.org/vocations>



IMPORTANTE:

Los artículos para traer al retiro incluyen los siguientes:

- Formulario de Consentimiento del Padre/Tutor, Renuncia de Responsabilidad – firmado
- Formulario de Consentimiento Médico- firmado
- Formulario de Código de Comportamiento- firmado
- Artículos de higiene personal (cepillo de dientes, champú, desodorante, etc.)

HORARIO / FECHA:

El retiro comienza el viernes, 28 de diciembre con el registro a las 11:00 a.m. en el edificio Fletcher y la Misa al mediodía. El retiro concluye el sábado, 29 de diciembre a la 1:00 p.m.

Lugar: Centro Católico San Juan
2500 N. Tyler Street
Little Rock, AR 72217

**“Ven, Sígueme...
y cuando lo hagas, no tengas miedo”...
“Si tal llamada entra en tu corazón, no lo
silencios. ¡Deja que se desarrolle en la
madurez de una vocación”!
Papa San Juan Pablo II**

Si usted está interesado y desea registrarse, por favor llene el siguiente formulario y regréselo a más tardar el **21 de diciembre** por correo, fax o correo electrónico a mizquierdo@dolr.org. También puede llamar a la Oficina de Vocaciones al (501) 664-0340, ext. 378

**Regístrate para: “Vengan y Veán”
Retiro de Discernimiento al
Sacerdocio Diocesano**

Precio: GRATIS

NOMBRE APELLIDO

EDAD / GRADO

DIRECCIÓN

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

PARROQUIA

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

Si tiene preguntas o desea información adicional, contáctenos a:

Oficina de Vocaciones
2500 N. Tyler St. / P.O. Box 7565
Little Rock, AR 72217
(501) 664-0340
Fax (501) 664-0119
Sitio web: www.dolr.org

Diócesis de Little Rock / Oficina de Vocaciones

CONSENTIMIENTO PATERNO/RESPONSABILIDAD

Nombre del Participante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal : _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono de Casa (____) _____

Teléfono alternativo: (____) _____ Celular Beeper Trabajo

Parroquia: _____ Año Escolar _____ Edad _____ Sexo: _____

CONSENTIMIENTO Y RESPONSABILIDAD

¡Importante! Esta forma debe de ser completada por el padre/tutor de cualquier joven menor de 18 años de edad. Si el participante es mayor de 18 años de edad, el consentimiento debe ser firmado por el individuo.

Yo (nombre del padre/tutor) _____, le doy permiso a mi hijo, (nombre del participante) _____, para participar en el **Retiro de Discernimiento "Vengan y Vean"**, que se llevará a cabo del **28 al 29 de diciembre, 2018 en el Centro Católico San Juan, 2500 N. Tyler, Little Rock, AR 72207.**

Yo y (nombre de mamá) _____ le damos permiso a nuestro hijo para participar en este retiro. Nosotros, nuestro hijo, nuestros herederos y nuestros sucesores prometemos defender a la Diócesis de Little Rock y no demandarla. También prometemos lo mismo en cuanto a la parroquia patrocinadora de este evento (su párraco, ministros, y otros agentes, etc.) o cualquier otro representante involucrado en este evento, al menos que las personas involucradas no hayan tenido cuidado o hayan actuado con negligencia.

Firma (Padre/Tutor)

Fecha

Firma

(Participantes mayores de 18 años de edad firman su propio consentimiento)

Fecha

Código de Comportamiento

¡Esperamos que durante todas las actividades patrocinadas por la diócesis, usted muestre la madurez, liderazgo y personalidad responsable, lo cual ha sido la marca de la juventud católica dentro de esta Diócesis de Little Rock!

CÓDIGO DE COMPARTAMIENTO

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** ropa con imágenes o texto inapropiados. Si se viste con ropa inapropiada, se le pedirá al participante que se cambie de ropa. No se admiten shorts durante la Misa.
3. Cada participante es responsable de sus propias acciones y se le pedirá que asuma las consecuencias por cualquier comportamiento negativo. Cada participante 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.
6. Esperamos que muestren 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 está llevando a cabo.

Yo entiendo y acepto este código de comportamiento.

(Firma del participante)

(Fecha)

***Doy mi consentimiento a las condiciones anteriormente mencionadas para la participación en este evento.**

(Firma del padre / tutor)

(Fecha)

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

Nombre de la persona, en caso que el padre / tutor no se encuentre: _____

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

CONSENTIMIENTO MÉDICO

Asuntos Médicos

Afirmo, dentro de lo que yo sé, que mi hijo está en buena condición médica, y asumo toda responsabilidad por su salud. De las siguientes declaraciones médicas, firme sólo las que usted quiera:

Tratamiento de Emergencia Médica

En caso de alguna emergencia, yo doy permiso para que lleven a mi hijo a un centro de tratamiento para cuidado quirúrgico y médico. Deseo que se pongan en contacto conmigo antes de cualquier otro tratamiento. En caso de una emergencia en la que no pueda ponerse en contacto conmigo, por favor póngase en contacto con:

Nombre y Relación _____ Teléfono (____) _____

Doctor Familiar: _____ Teléfono (____) _____

Medicamentos

Mi hijo traerá todo su medicamento bien etiquetado que le sea necesario. Nombres de medicamento e instrucciones de administración, incluyendo la dosis y la frecuencia de administración, son:

Mi hijo está tomando el siguiente medicamento:

Medicamento: _____ Dosis: _____

Manera de Administrar: _____

_____ **NIEGO PERMISO** de que cualquier tipo de medicamento, ya sea de prescripción o no, sea administrado a mi hijo, al menos que su vida esté en peligro o un tratamiento de emergencia sea requerido. (Favor de poner sus iniciales en la línea si está de acuerdo con esta afirmación.)

_____ **DOY PERMISO** para que se le administre a mi hijo, si es necesario, medicamento que no es de prescripción como: Tylenol, pastillas para la garganta, o jarabe para la tos. (Favor de poner sus iniciales en la línea si está de acuerdo con esta afirmación.)

INFORMACIÓN DE CONDICIÓN MÉDICA

(El equipo diocesano cuidará a su hijo tomando en cuenta la siguiente información que será mantenida confidencialmente)

Mi hijo tiene: _____

Marque si ha tenido un episodio o ha sido diagnosticado con: Convulsiones Asma Diabetes

Reacciones alérgicas a lo siguiente (comidas, colorantes, syntex, etc.) _____

¿Ha tenido una operación quirúrgica dentro de los últimos seis meses? Sí No

¿Todavía está bajo cuidado médico? Sí No

¿Está bajo una dieta médica? _____

Tiene las siguientes limitaciones médicas: _____

¿Ha recibido vacunas requeridas hasta esta fecha? Sí No

Fecha de última vacunación contra el tétanos _____

Mi hijo tiene las siguientes condiciones especiales: _____

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

(Favor de mandar con esta forma una copia de tu tarjeta de seguro médico, del frente y de la parte de atrás.)

Nombre de compañía de Seguro Médico: _____

Nombre del asegurado: _____

Número ID (de identificación) de seguro: _____ Número de Póliza: _____

Nombre del Padre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Empleo: _____

Nombre de la Madre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Empleo: _____

No tengo seguro médico.

En caso de que los encargados de esta actividad se den cuenta que mi hijo está enfermo o que tiene repetidos síntomas de dolor de cabeza, vomito, dolor de garganta, fiebre, diarrea, quiero que se me llame inmediatamente. Si esto requiere una llamada de larga distancia, quiero que se me haga una llamada por cobrar (con los gastos mandados a mí).

Firma (Padre/Tutor) Padre o tutor debe firmar para los que son menores de 18 años. Fecha _____

Firma (Participantes mayores de 18 años deben firmar su propio consentimiento) Fecha _____