



Envíe o regréselo a:

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

Tel (501) 664-0340

Fax (501) 664-0119

Correo electrónico:

www.dolr.org/staff/miriam-gallaher

DIRECCIONES

St. Joseph Center of Arkansas, Inc.
6800 Camp Robinson Road
North Little Rock, AR 72118

Desde I-40 Oeste:

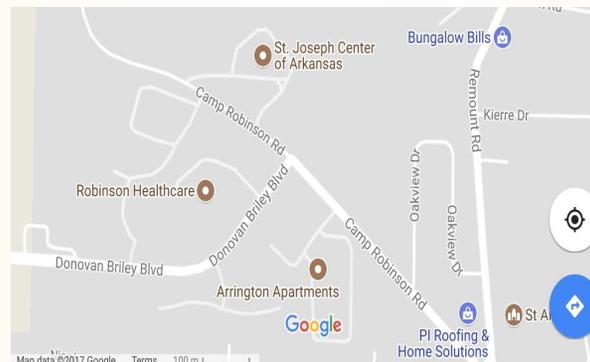
- Sigue oeste en I-40
- Manténgase la derecha para quedarse en I-40
- Sale por Exit 15A hacia AR-176E / Camp Robinson Rd
- Gire a la izquierda a W 33rd Street
- Gire a la derecha al Schaer Street
- Gire a la derecha hacia Camp Robinson Rd

Desde I-40 Este:

- Sigue este en I-40 a Military Drive en NLR
- Sale por Exit 150
- Gire a la izquierda a Military Drive
- Gire a la derecha a Donovan Briley Road
- Gire a la izquierda a Camp Robinson Road

Desde I-30 Norte:

- Sigue a la izquierda, siguiendo direcciones para I-40 W/Fort Smith/ US65N y une al I-40 W
- Gire a la izquierda a W 33rd Street
- Gire a la derecha a Schaer Street
- Gire a la derecha a Camp Robinson Road



¿CUÁL ES TU VOCACIÓN?



“VENGAN Y VEAN”
RETIRO DE
DISCERNIMIENTO
AL SACERDOCIO
DIOCESANO

Este retiro está patrocinado por la
Oficina de Vocaciones y los Seminaristas de la
Diócesis de Little Rock.
Si tiene preguntas o desea información adicional,
contáctenos:

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

(501) 664-0340 Ext. 337
Sitio web: www.dolr.org

29-30 DICIEMBRE 2017
CENTRO SAN JOSÉ DE ARKANSAS

Vengan y Vean

Venga al Retiro de Discernimiento al Sacerdocio Diocesano "Vengan y Vean" patrocinado por los seminaristas de la Diócesis de Little Rock.

El Retiro de Discernimiento es una oportunidad para la oración, el compañerismo y el crecimiento espiritual. Este retiro es para hombres de 16 años en adelante.



Regístrese antes del 22 de diciembre de 2017.

Para registrarte, por favor completa el formulario, y regrésalo por correo, fax, correo electrónico o

comunícate con nosotros llamando a la Oficina de

Vocaciones al (501) 664-0340 Ext. 337. Podemos proveerte transporte si es necesario. asegúrate de traer tus propios artículos personales, incluyendo: artículos de higiene personal como cepillo de dientes, champú, desodorante, etc. Puedes traer ropa informal, sin embargo, te recomendamos traer pantalones caqui, camisa de cuello tipo polo y zapatos de vestir para la Misa. Se proveerán comidas comenzando con el almuerzo del viernes, 29 de diciembre hasta el almuerzo el sábado, 30 de diciembre. También habrá aperitivos.

Este retiro está arraigado en la oración y consiste de charlas, paneles de discusión, videos vocacionales y testimonios personales de seminaristas y sacerdotes. El propósito es de proporcionarle al participante la oportunidad de explorar más a fondo un posible llamado al sacerdocio diocesano. Acompañanos 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 la Formación y la Vida en el Seminario
- El Sacerdote de Hoy



IMPORTANTE: Los artículos que debes traer contigo el día del retiro son 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 registro comienza a las 12 p.m. el viernes, 29 de diciembre y concluye a la 1:00 p.m. el 30 de diciembre.

Lugar: St. Joseph Center of Arkansas, Inc.,
6800 Camp Robinson Road
North Little Rock, AR 72118



Si estás interesado, por favor completa el formulario y regresa-lo a más tardar el 22 de diciembre de 2017 por correo, fax, o correo electrónico mgallaher@dolr.org

Regístrate para: “Vengan y Vean”

Retiro de Discernimineto 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

Diócesis de Little Rock / Oficina de Vocaciones
2500 N. Tyler St. / P.O. Box 7565
Little Rock, AR 72217
(501) 664-0340 Ext. 337
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 **29-30 de diciembre, 2017 en el** Centro San José de Arkansas, 6800 Camp Robinson Road, North Little Rock, AR 72118

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