

RECONOCIMIENTO DE RIESGOS Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

POR FAVOR ESCRIBA

Grupo:			
Actividad:			Fecha(s):
Participante:	(Nombre)	(Edad)	(Género)
	(Domicilio)		
	(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)
	(Teléfono)	(Teléfono de Trabajo)	(Teléfono Celular)

Lea este Reconocimiento de Riesgos y Exoneración de Responsabilidad y en su totalidad. Se trata de un documento legal vinculante. Por favor, lea ambos lados de esta página. Firmar y devolver este formulario a: _____

Si es menor de 18, este formulario tiene que ser firmado por usted como participante Y por su padre, madre o guardián legal.

Yo, el abajo firmante, entiendo que la participación en la Actividad (en lo sucesivo referido como ACTIVIDAD) referido arriba puede incluir actividades con cierto grado de riesgo y peligro. Yo entiendo que participación en esta ACTIVIDAD tiene la siguiente lista de las actividades particulares que llevan el riesgo y peligro, y de la que una herida corporal, hasta incluyendo la muerte, pueden ocurrir (*PONER activities below*):

Yo doy permiso para seguir un tratamiento médico para nuestro hijo, como impuestos o recomendados por un médico calificado, en caso de necesidad. Este consentimiento incluye la administración de un anestésico, procedimientos de laboratorio, examen de rayos x, tratamiento médico o quirúrgico, otros servicios hospitalarios según lo recomendado por un médico y la liberación de información médica necesaria para las reclamaciones de seguros. Otros riesgos incluyen el transporte desde / hacia destinos en toda la semana.

Con todo conocimiento de datos y circunstancias alrededor de la ACTIVIDAD, yo participo voluntariamente en la ACTIVIDAD y and asumo las responsabilidades y riesgos que resulten de mi participación, incluyendo todo riesgo de daños a la propiedad y heridas a los demás y a mí mismo. Yo estoy de acuerdo a cumplir con todas las reglas y condiciones de participación en la ACTIVIDAD. Tengo la seguridad médica necesaria y adecuada para prever y pagar los gastos médicos que puedan resultar directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD, de otra manera entiendo que soy el único responsable de los gastos médicos que puedan resultar directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD. Voy a indemnizar y mantener el Estado de Oregon, actuando por conducto de la Junta Estatal de Educación Superior, en nombre del Sistema de la Universidad de Oregon y la Universidad Estatal de Oregon, sus empleados, directores, funcionarios y agentes (en lo sucesivo, UNIVERSIDAD) de toda responsabilidad con respecto a cualquier y todos reclamos, daños y los gastos asociados con mi participación en esta ACTIVIDAD.

Además, yo reconozco que soy el único responsable por cualquier acción en que participo asociado con esta ACTIVIDAD o alrededor de esta ACTIVIDAD, a pesar si ocurre antes, durante o después del periodo de la ACTIVIDAD. Me comportare de una manera que sea considerable a los demás participantes y de acuerdo con las reglas de la UNIVERSIDAD (incluyendo el Código de Conducta Estudiantil, cuando se aplicable) y con cualquier ley o regla del estado y ciudad donde la ACTIVIDAD está ocurriendo. Si esta ACTIVIDAD es un evento patrocinado fuera de campus de la UNIVERSIDAD, como viaje de estudio, conferencia, investigación, aprendizaje experimental, extensión de aprendizaje de clase, etc., yo entiendo que la conducta que no es aceptable en una clase tampoco es aceptable durante esta ACTIVIDAD y será tratado conforme con el Reglamento de Conducta Estudiantil. Además, entiendo que si viajo al ACTIVIDAD con el grupo y/o consejero de la UNIVERSIDAD, regresaré con el grupo, a menos de que arreglos previos se hayan hecho con el personal de la UNIVERSIDAD que está supervisando la ACTIVIDAD.

Yo reconozco y acepto que la UNIVERSIDAD puede grabar mi participación y apariencia en la ACTIVIDAD en cualquier soporte de registro (incluyendo, pero no limitado a video, audio, o foto) para uso en cualquier forma (incluyendo, pero no limitado a publicada en papel, páginas de internet, blogs, o en la red.) Yo autorizo estas grabaciones y libero a la UNIVERSIDAD en usar mi nombre, imagen, voz, y material biográfico para exhibir o distribuir tales grabaciones en total o en parte sin restricciones o limitaciones para cualquier propósito educacional o promocional. Más libero la UNIVERSIDAD para usar material de blogs asociados con esta ACTIVIDAD sin restricciones o limitaciones para cualquier propósito educacional o promocional.

Estoy consciente que si proveo un vehículo que no sea propiedad y operación de la UNIVERSIDAD para transportación hacia, a, o desde el sitio de la ACTIVIDAD, o si soy pasajero en tal vehículo, la UNIVERSIDAD no es responsable por cualquier daño causado o resultando de mi uso de tal transportación. Además, yo reconozco que soy solamente responsable por cualquier acción que tomo y que es fuera de ámbito del ACTIVIDAD programada, a pesar si ocurre antes, durante, o después de la ACTIVIDAD.

COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

RECONOCIMIENTO DE RIESGOS Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

A medida permitido por la ley, y en consideración de ser permitido en participar en la ACTIVIDAD, por el presente guardo, mantengo indemne, descargo y libero la UNIVERSIDAD de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, causas de las acciones, daños o demandas de cualquier tipo y naturaleza que resultan de o en conexión con mi participación en cualquier actividad relacionado a la ACTIVIDAD, ya sea causada por negligencia o descuido de la UNIVERSIDAD o de otra manera.

Es mi intención expresa que este Reconocimiento de Riesgos y Exoneración de Responsabilidad obligue a mi cónyuge, a los miembros de mi familia y de mi patrimonio, herederos, administradores, representantes y cesionarios personales. También estoy de acuerdo a salvar y eximir de responsabilidad, indemnizar y defender la UNIVERSIDAD de cualquier reclamo hecho por las partes mencionadas que resulten de mi participación en la ACTIVIDAD.

Yo reconozco que la UNIVERSIDAD no hace garantías, representaciones, u otras promesas relativas a la ACTIVIDAD, y no asume responsabilidad por heridas o daños a la propiedad que yo sufra como resultado de la participación en la ACTIVIDAD.

Además, entiendo y estoy de acuerdo que este es una liberación de responsabilidad y acuerdo de indemnización, está destinado a **ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley**. Si cualquier parte se considerada no válida, acuerdo que el resto, a pesar, continuará en plena fuerza y efecto legal.

Por lo presente certifico que, con o sin alojamiento, *no tengo razones relacionadas a la salud o problemas que excluyen o restringen mi participación en la ACTIVIDAD. Por lo presente doy mi consentimiento y entiendo que soy el único responsable por el gasto de primeros auxilios, atención médica de emergencia, y si es necesario, admisión a un hospital acreditado para la ejecución de cierta atención o tratamiento para las heridas que pueda sostener mientras participo en cualquier actividad asociada con la ACTIVIDAD.

*Si tiene una discapacidad que requiere acomodación por favor llame a _____ al menos una semana (7 días) antes de la fecha de la ACTIVIDAD.

NOMBRE DE PERSONA EN CASO DE EMERGENCIA: _____

En firmando este Reconocimiento de Riesgos y Exoneración de Responsabilidad yo por lo presente reconozco y represento: (a) que he leído este documento en su totalidad, lo entiendo, y lo firmo voluntariamente; y (b) que este Reconocimiento de Riesgos y Exoneración de Responsabilidad es el trato complete entre todas las partes en él y sus términos son contractuales y no meramente declarativas.

Firma de Participante: _____ Fecha: _____

=====

REQUIRIDO PARA TODOS PARTICIPANTES BAJO LE EDAD DE 18 AÑOS: AUTORIZACION PARA CUIDADO MEDICOY CONSENTIMIENTO DE ACUERDO DE PADRE O GUARDIAN

Yo certifico que soy padre o guardián legal del participante mencionado arriba en la ACTIVIDAD. En nombre de mi cónyuge, pareja, co-guardián o cualquier otra persona que reclame este participante como dependiente, he leído el trato arriba, y entiendo lo contenido de este Reconocimiento de Riesgos y Exoneración de Responsabilidad, estoy de acuerdo a los términos y condiciones, y firmo este Reconocimiento de Riesgos y Exoneración de Responsabilidad de mi propia voluntad. Reconozco que mi dependiente y yo estamos de acuerdo con los términos y condiciones de la participación de mi dependiente en la ACTIVIDAD, y por lo presente doy mi consentimiento que mi dependiente participe en la ACTIVIDAD, y a recibir tratamiento médico cuando sea necesario. Además, estoy de acuerdo a eximir de responsabilidad, indemnizar y defender la UNIVERSIDAD contra todo tipo de reclamos y demandas que mi dependiente tiene o tenga.

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha: _____