
RENUNCIA, INDEMNIFICACION Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

1. CLÁUSULA EXCULPATORIA. En consideración para recibir permiso para mi/mi hijo para participar en alguna o todas las actividades de _____ (“actividad”), la cual es patrocinada por _____ (“patrocinador”), un miembro del Sistema de la Universidad Texas A&M, por el presente libero, renuncio, pacto a no demandar, y estoy de acuerdo de liberar de toda responsabilidad de uno y todos los propósitos patrocinados, El Sistema de la Universidad Texas A&M, la Junta de Regentes para el Sistema de la Universidad de Texas A&M, y sus miembros, oficiales, agentes, voluntarios, o empleados (“EXONERADOS” o “INDEMNIZADOS”) de todas responsabilidades, reclamos, demandas, lesiones (incluyendo muerte), o daños, incluyendo costos de corte y tarifas y costos de abogados, que podrían ser sostenidos por mi o mi hijo mientras participamos en esta actividad, mientras viajamos ida y vuelta a esta actividad, o mientras en las instalaciones poseídas, rentadas o controladas por EXONERADOS, **incluyendo lesiones sostenidas como un resultado de la absoluta, junta, o negligencia concurrente, negligencia grave, por negligencia, causales establecidos, daños intencionales, o responsabilidad estrictamente de EXONERADOS.** Esto incluye lesiones sostenidas por mi/mi hijo, y/o cualquiera de mi hogar como resultado de la participación mía/mi hijo en esta actividad.

2. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN. Soy consciente de que hay riesgos hacia mi persona, mi hijo, y otras personas involucrados con esta actividad, incluyendo, pero no limitado a _____, y yo decido participar de forma voluntaria/permiso a mi hijo participar con pleno conocimiento que la actividad pueda ser peligroso para mi/mi hijo, mi propiedad, y a la persona y propiedad de otros. Reconozco que puede haber actividades físicas arduas. No conozco ninguna razón médica por la cual yo o mi hijo no debemos participar. **Conuerdo a indemnizar y liberar de toda responsabilidad INDEMNIZADOS** de todas y cualquier responsabilidad, reclamos, demandas, lesiones (incluyendo muerte), daños, incluyendo costos de corte y tarifas y costos de abogados, que puedan ocurrir a mi persona, mi hijo, otros participantes, y terceras personas como resultado de mi participación y conducta o la de mi hijo en esta actividad, **incluyendo lesiones sostenidas como un resultado de la absoluta, junta, o negligencia concurrente, negligencia grave, por negligencia, causales establecidos, daños intencionales, o responsabilidad estrictamente de INDEMNIZADOS.**

3. COVID-19. Reconozco expresamente los riesgos de salud y peligros asociados con la transmisión del virus COVID-19, y otras enfermedades comunicables, y reconozco que la exposición al virus COVID-19, y otras enfermedades comunicables, pueden ocurrir mientras mi hijo está bajo el cuidado del patrocinador. Tal como, y como consideración adicional por participar en la actividad, entiendo que las provisiones de renuncia e indemnificación en los párrafos (1) y (2) arriba aplican a la posibilidad de la propagación del COVID-19 en la comunidad. **Certifico** que antes de dejar a mi hijo en el cuidado del patrocinador mi hijo: (a) no ha sido diagnosticado o es sospechado de tener COVID-19, (b) no tiene ninguno de los síntomas listados en la página de Síntomas del Coronavirus de la CDC, (c) en los últimos 14 días no ha tenido contacto cercano (menos de seis pies) con alguna persona que tenga un caso de COVID-19 confirmado por laboratorio, (d) en los últimos 14 días no ha tenido contacto cercano (menos de seis pies) con alguna persona que espera resultados de una prueba de COVID-19 por síntomas o exposición del COVID-19, o (e) en los últimos 14 días no ha regresado de viaje internacional o ha viajado por un área con restricciones estatales o locales que ordenan cuarentena al llegar a casa. También certifico que cada vez que deje a mi hijo en el cuidado del patrocinador, he llevado a

cabo una asesoría diaria de mi hijo y que él o ella no ha exhibido ninguna de los síntomas o indicios mencionados, o exhibición al, COVID-19.

4. NO ASEGURANZA. Entiendo que los EXONERADOS no mantienen ninguna póliza de aseguranza que cubre alguna circunstancia que resulte de mi participación o la de mi hijo en esta actividad o en algún evento relacionado a su participación. Por lo tanto, estoy consciente que debería de revisar mi cobertura de aseguranza personal. El patrocinador no carga seguro de responsabilidad general para cubrir reclamos que resulten de esta actividad por lo que busca una renuncia de reclamos como consideración adicional por el derecho de participar para que el patrocinador, una unidad gubernamental del Estado de Texas, puede (a) proporcionar la actividad al costo más bajo para los participantes; y (b) proporcionar acceso a un mayor número de participantes expandiendo recursos limitados en materiales para el programa en lugar de seguro de responsabilidades.

5. UNIR HEREDEROS. Es mi intención expresar que este acuerdo une a los miembros de mi familia y esposo, si estoy vivo, y mis herederos, asignatarios y representantes personales, si estoy difunto, y será gobernado por las leyes del Estado de Texas.

6. AUTORIZACIÓN MÉDICA, INDEMNIZACIÓN POR COSTOS MÉDICOS, Y RENUNCIA. Entiendo qué puede esperarse que los EXONERADOS controlen todos los riesgos asociados con esta actividad y pueda que EXONERADOS necesiten qué responder a accidentes y situaciones de potenciales emergencias. Por lo tanto, doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico que sea requerido, determinado por profesionales médicos en la instalación médica, durante mi participación o la de mi hijo en esta actividad con el entendimiento que el costo de tal tratamiento será mi responsabilidad. Estoy de acuerdo de indemnizar y liberar de responsabilidad INDEMNIZADOS por cualquier costo incurrido para tratarme a mí o a mi hijo, aunque un INDEMNIZADO ha firmado documentación del hospital prometiendo pagar por los tratamientos debido a mi inhabilidad de firmar los documentos. Estoy de acuerdo de liberar, renunciar, pacto a no demandar, y acuerdo a liberar de responsabilidad por una y todos los propósitos, EXONERADOS de una y todas responsabilidades, reclamos, demandas, lesiones (incluyendo la muerte), o daños, **incluyendo costos de corte y costos y gastos de abogados, que sean sostenidos por mi persona o mi hijo incluyendo lesiones sostenidas como un resultado de la absoluta, junta, o negligencia concurrente, negligencia grave, por negligencia, causales establecidas, daños intencionales, o responsabilidad estrictamente de EXONERADOS.**

7. En el caso de una disputa sobre la definición o aplicación de este acuerdo, será interpretado justa y razonablemente y ninguno más firmemente por o en contra de cualquier partido.

8. FIRMA VOLUNTARIA. En firmar este acuerdo entiendo y represento que he leído, entendido y firmado voluntariamente como mi propio acto libre y hecho; el patrocinador no ha hecho y yo no me he basado en representaciones orales, declaraciones, o incentivos aparte de los términos contenidos en este acuerdo. Realizo este documento por pleno, adecuado y completa consideración con intención plena de ser vinculado por el mismo, ahora y en el futuro. Entiendo que puedo elegir no firmar este documento y liberarme a mí y a mi hijo de estos términos y los riesgos asociados en la actividad con simplemente no participar en la actividad y eligiendo alguna otra actividad disponible para mí o mi hijo que tenga un nivel de riesgo más bajo para mí o mi hijo. Asimismo, entiendo que esto es una actividad voluntaria, extracurricular. Mientras entiendo qué actividades alternas que no tienen los riesgos asociados con está actividad están disponibles para mi o mi hijo aun deseo participar/permiso a mi hijo participar en esta actividad.

FIRMAR ESTE DOCUMENTO INVOLUCRA LA RENUNCIA DE DERECHOS LEGALES VALIOSOS. CONSULTE CON SU ABOGADO ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO.

FIRMADO este _____ día de _____, 20_____.

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____

NOMBRE ESCRITO: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL PARTICIPANTE: _____

PADRE O REPRESENTATE LEGAL: _____

(si participante es menor de 18 años de edad)

NOMBRE ESCRITO DEL PADRE O REPRESENTANTE LEGAL: _____

(si participante es menor de 18 años de edad)

En caso de emergencia contacte a: _____

En este número: _____

Si el participante tiene seguro médico, por favor indique:

Compañía de seguro: _____

Numero de póliza: _____

Titular del seguro: _____

Por favor enumere cualquier servicio especial que su hijo pueda requerir:
