



**RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

IMPRIMIR

Actividad: \_\_\_\_\_

Grupo: \_\_\_\_\_ Fech(s): \_\_\_\_\_

**Información del participante** Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

*Lea atentamente y en su totalidad este Reconocimiento de riesgo y extensión de responsabilidad. Es un documento legal vinculante. Lea ambos lados de esta página. Firme y entregue este documento*

a: \_\_\_\_\_

(ESCRIBIR el nombre del contacto del department, dirección y número de teléfono)

**Si es menor de 18 años, debe firmar este documento como participante Y además debe firmar su padre, madre o tutor legal.** Yo, quien suscribe, soy consciente de que participar en la Actividad (en lo sucesivo denominada **ACTIVIDAD**) descrita anteriormente pueden incluir actividades que pueden causar lesiones o enfermedades y pueden ser peligrosas. Reconozco que la participación en esta ACTIVIDAD incluye la siguiente lista no exhaustiva de actividades particulares que conllevan riesgo y peligro y que pueden causar lesiones corporales y enfermedades, incluida la muerte (*ESCRIBIR actividades a continuación*): \_\_\_\_\_

**Con pleno conocimiento de los hechos y circunstancias que rodean la ACTIVIDAD, participo en la ACTIVIDAD voluntariamente y asumo los riesgos y las responsabilidades que surjan de mi participación, incluidos todas los riesgos de daño a la propiedad y lesiones o enfermedades ocasionados a otros o a mi mismo.** Acepto cumplir todas las reglas y condiciones para participar en la ACTIVIDAD. Cuento con el seguro pertinente adecuado que es necesario para proporcionar y pagar los costos médicos que puedan surgir directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD o, de lo contrario, comprendo que soy exclusivamente responsable por los costos médicos que puedan surgir directa o indirectamente de mi participación en la ACTIVIDAD. Indemnizaré, defenderé y eximiré de responsabilidad a Western Oregon University, sus funcionarios, administradores, agentes y empleados (en lo sucesivo denominados **UNIVERSIDAD**) con respecto a cualquier reclamo, lesión, enfermedad y costo asociados con mi participación en la ACTIVIDAD.

Asimismo, reconozco que soy exclusivamente responsable por cualquier acción en la que participe asociada con esta ACTIVIDAD o relacionada con esta, independientemente de si ocurre antes, durante o después del periodo de la ACTIVIDAD. Me comportaré de manera considerada hacia los demás participantes y de conformidad con las reglas y reglamentos de la UNIVERSIDAD (Código de Responsabilidad Estudiantil, cuando corresponda) y con todas las leyes o reglas federales, estatales, municipales o de otra tipo vigentes en el lugar donde se lleve a cabo la ACTIVIDAD. Si esta ACTIVIDAD es un evento patrocinado por la UNIVERSIDAD fuera del campus, como excursiones, conferencias, investigaciones, aprendizaje vivencial, extensión del aprendizaje en el aula, etc., comprendo que un comportamiento no aceptable en un entorno de clase tampoco es aceptable durante esta ACTIVIDAD y será manejado de conformidad con los reglamentos de conducta de los estudiantes. Asimismo, comprendo que, si viajo hacia la ACTIVIDAD con un grupo o asesor de la UNIVERSIDAD, regresaré con el grupo a menos que exista un acuerdo previo con el personal o los docentes de la UNIVERSIDAD que supervisen la ACTIVIDAD.

Admito y reconozco que la UNIVERSIDAD puede registrar mi participación y aparición en la ACTIVIDAD en cualquier medio, incluidos, entre otros, video, audio y fotos (en conjunto, "registros") para usar de cualquier modo (incluidos, entre otros, impresiones, sitios web, blogs, Internet y redes sociales). Autorizo dichas grabaciones y permito a la UNIVERSIDAD que use mi nombre, imagen, voz y material biográfico para exhibir o distribuir dichos registros de forma total o parcial, sin restricciones ni limitaciones, con fines educativos o promocionales. Si desea excluirse voluntariamente de esta sección, solicite el Consentimiento de exclusión voluntaria de foto.

Este acuerdo puede ejecutarse en dos a más ejemplares, cada uno de los cuales es un original, y todos juntos conforman un único instrument.

COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

Soy consciente de que si proporciono un vehículo que no sea de propiedad ni esté operado por la UNIVERSIDAD para el transporte hacia, en o desde el sitio de la ACTIVIDAD, la UNIVERSIDAD no es responsable de ningún daño a perjuicio causado o que surja de mi uso de dicho transporte. Asimismo, reconozco que soy exclusivamente responsable por cualquier acción que reliece fuera del alcance de la ACTIVIDAD programada, independientemente de si ocurre antes, durante o después del periodo de la ACTIVIDAD.

## RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Hasta el grado máximo que permita la ley, y en consideración por tener permiso para participar en la ACTIVIDAD, por el presente eximo y libero a la UNIVERSIDAD de toda responsabilidad, reclamo, causa de acción judicial, daños o demandas de cualquier tipo o naturaleza que puedan surgir o estén conectados con mi participación en las actividades relacionadas con la ACTIVIDAD, sean causados por negligencia o descuido de la UNIVERSIDAD o de otra modo (pero excluyendo la negligencia grave, la conducta imprudente o intencional).

Es mi propósito expreso que este Reconocimiento de riesgo y ejecución de responsabilidad vincule a mi conyuge, miembros de mi familia y mi patrimonio, herederos, administradores, representantes personales y apoderados. Además acepto eximir de responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD ante cualquier reclamo de las partes anteriormente mencionadas que surja de mi participación en la ACTIVIDAD.

Admito y reconozco que la UNIVERSIDAD no emite garantías, declaraciones ni otras promesas relacionadas con la ACTIVIDAD, ni asume obligaciones ni responsabilidad por lesiones, enfermedades ni daños a la propiedad que yo pueda sufrir como consecuencia de mi participación en la ACTIVIDAD.

Además, comprendo y acepto que este documento es una exención de responsabilidad y acuerdo de indemnización y que tiene como finalidad ser **tan amplio e inclusive como la ley lo permita**. Si cualquier parte del presente se considera inválida, se acuerda que, no obstante, el resto continuará en plena vigencia y efecto legal.

Por el presente certifico que, con o sin adaptaciones\*, no tengo motivos o problemas de salud o limiten mi participación en la ACTIVIDAD. Por el presente otorgo mi consentimiento y comprendo que soy exclusivamente responsable por el costo de los primeros auxilios, la atención médica de emergencia y, de ser necesaria, la internación en un centro médico para recibir dicha atención o tratamiento por lesiones o enfermedades que pueda sufrir durante mi participación en actividades relacionadas con la ACTIVIDAD.

Nombre del contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Al firmar este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad reconozco y declaro que: (a) he leído este documento en su integridad, lo comprendo y lo firmo voluntariamente; y (b) este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad constituye el acuerdo completo entre las partes abajo firmantes y que sus términos son contractuales y no meramente enumerativos.**

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PARTICIPANTES MENORES DE 18 AÑOS: AUTORIZACIÓN DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR PARA ATENCIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO PARA EL ACUERDO

Certifico que soy el padre, la madre o el tutor legal del participante en la ACTIVIDAD nombrado anteriormente. En mi nombre de mi cónyuge, pareja, cotutor o de cualquier otra persona que declare que el participante es una persona a su cargo, he leído el acuerdo anterior, comprendo el contenido de este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad, acepto sus términos y condiciones y firmo este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad en un acto de libre voluntad. Reconozco que la persona a mi cargo y yo hemos aceptado las términos y condiciones de su participación en la ACTIVIDAD, y por el presente otorgo mi consentimiento para la participación de la persona a mi cargo en la ACTIVIDAD y para que reciba el tratamiento médico que sea necesario. Además, acepto eximir de responsabilidad, indemnizar y defender a la UNIVERSIDAD ante cualquier reclamo, demanda o juicio que la persona a mi cargo presente o pueda presentar.

Firma del padre, la madre o el tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO