

RECONOCIMIENTO DE RIESGO Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

IMPRIMIR

Actividad: Juntos Afuera**Grupo:** Oregon State University Open Campus and Juntos**Fecha(s):** 6/25/24-8/15/24**Información del participante**
Nombre: _____ **Edad:** _____
Dirección: _____
Ciudad, _____ **Código**
estado: _____ **postal:** _____
Teléfono _____ **Teléfono** _____ **Teléfono**
particular: _____ **laboral:** _____ **móvil:** _____

Lea atentamente y en su totalidad este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad. Es un documento legal vinculante. Lea ambos lados de esta página. Firme y entregue este documento a: Nat Macías 503-842-3433 o 503-676-5279

(ESCRIBIR el nombre del contacto del departamento, 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 puede 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*):

Cada semana, los estudiantes participarán en diversas actividades al aire libre, como excursiones al bosque, visitas a la playa y caminatas. Proporcionaremos todo el equipaje, la comida y el material necesarios para estas aventuras.

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 todos los riesgos de daño a la propiedad y lesiones o enfermedades ocasionados a otros o a mí 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 Oregon State 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 período de la **ACTIVIDAD**. Me comportaré de manera considerada hacia los demás participantes y de conformidad con las reglas y reglamentos de la **UNIVERSIDAD** (**incluido el Código de Conducta del Estudiante, cuando corresponda**) y con todas las leyes o reglas federales, estatales, municipales o de otro 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.

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 o perjuicio causado o que surja de mi uso de dicho transporte. Asimismo, reconozco que soy exclusivamente responsable por cualquier acción que realice fuera del alcance de la **ACTIVIDAD** programada, independientemente de si ocurre antes, durante o después del período de la **ACTIVIDAD**.

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

COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO

IRMS 01/08/22

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 otro modo (pero excluyendo la negligencia grave, la conducta imprudente o intencional).

Es mi propósito expreso que este Reconocimiento de riesgo y exención de responsabilidad vincule a mi cónyuge, 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 inclusivo 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 que impidan 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.

*Si su participación requiere una adaptación, comuníquese con Nat Macías 503-842-3433 o 503-676-5279 al menos una (siete días) antes de la fecha de la ACTIVIDAD.

(ESCRIBIR el nombre del contacto del departamento y número de teléfono)

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 y en 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 los 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: _____

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

COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO