

**Aceptación de riesgo / liberación e indemnización de todas las reclamaciones / pacto de no demandar**

POR FAVOR IMPRIMA:

<b>Información de la Actividad</b>	
Grupo:	Fecha(s):
Actividad:	
Descripción de la Actividad:	
Líder de la Actividad (nombre,cargo y teléfono):	
Departamento:	

<b>Información del/la participante:</b>	
Nombre:	Fecha:
Email:	Teléfono:
Contacto en caso de emergencia(nombre y teléfono):	

En consideración a que se me permita participar de cualquier manera en la actividad descrita anteriormente (en adelante denominada la "Actividad"), Yo , por mí mismo/a, mis herederos/as, representantes personales y beneficiarios/as, libero, renuncio, descargo y hago el convenio de no demandar al Estado de Oregón, a la Junta de Síndicos de la Universidad de Oregón y a la Universidad de Oregón (colectivamente, en adelante denominada la "Universidad"), sus funcionarios/as, empleados/as y agentes de responsabilidad por cualquier reclamo, incluida la negligencia de la Universidad, sus funcionarios/as, empleados/as y agentes, que causen lesiones personales, accidentes o enfermedades (incluida la muerte), pérdida de propiedad, pérdida económica, angustia emocional, lesión psíquica, dolor o sufrimiento de cualquier tipo, y daños derivados de, pero no limitados a, participación en la Actividad.

Nombre del/la Participante (Por favor letra legible): \_\_\_\_\_

Firma del/la Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Aceptación de riesgo / liberación e indemnización de todas las reclamaciones / pacto de no demandar

**Aceptación de riesgos:** la participación en la actividad conlleva ciertos riesgos inherentes que no pueden eliminarse independientemente del cuidado que se tome para evitar lesiones. La autorización para participar no debe interpretarse como un requisito para participar. Los riesgos específicos varían de una actividad a otra, pero van desde (1) lesiones menores como rasguños, contusiones y esguinces (2) lesiones mayores como lesiones oculares o pérdida de la vista, lesiones en las articulaciones o la espalda, ataques cardíacos, y conmociones cerebrales a (3) picaduras de insectos, parásitos y otras enfermedades, a (4) lesiones catastróficas que incluyen parálisis y muerte. La actividad en persona durante la pandemia de COVID-19 conlleva mayores riesgos que no pueden eliminarse independientemente de la atención que se tome para evitar enfermedades o lesiones. La universidad no puede garantizar la seguridad o la inmunidad contra el coronavirus. Dada la extraordinaria pandemia de coronavirus, además de lo anterior, existe el riesgo de:

- Contagio, exposición e infección resultante del coronavirus, otros virus o bacterias;
- Cuarentena u otra incapacidad para viajar.

Reconozco que la lista anterior no incluye todos los riesgos posibles de participar en la Actividad, y soy consciente de los riesgos involucrados, ya sea que se describan o no. Soy consciente de cómo acceder a la información del Centro para el Control de Enfermedades, la Autoridad de Salud de Oregón, la Salud Pública del Condado de Lane y agencias gubernamentales similares para comprender los riesgos actualizados relacionados con la pandemia de coronavirus. Estoy de acuerdo en asegurarme de saber cómo participar de manera segura en la Actividad, y estoy de acuerdo en observar las reglas y prácticas que puedan emplearse para minimizar el riesgo de lesiones. He leído los párrafos anteriores y conozco, entiendo y reconozco estos y otros riesgos inherentes a la Actividad. Por la presente, afirmo que mi participación en la Actividad es voluntaria y que conscientemente asumo todos esos riesgos.

**Indemnización y exoneración de daños:** también acepto INDEMNIZAR, DEFENDER Y EXONERAR A LA Universidad y sus funcionarios/as, empleados/as y agentes ante cualquier reclamo, acción, demanda, procedimiento, costos, gastos, daños y responsabilidades, incluidos los honorarios de abogados presentados como resultado de mi participación en la Actividad y para reembolsarles los gastos incurridos.

**Autorización de tratamiento médico:** Entiendo que se puede desarrollar una emergencia que requiera la administración de atención médica. En caso de lesión o enfermedad, autorizo a la Universidad a que asegure el tratamiento adecuado, incluida la administración de anestesia y cirugía. Entiendo que dicho tratamiento será exclusivamente a mi cargo. A pesar de este párrafo, entiendo y acepto que la Universidad no tiene la obligación de proporcionarme ni buscarme ningún tratamiento médico.

**Divisibilidad:** El/la abajo firmante acuerda expresamente que el acuerdo de renuncia y aceptación de riesgos anterior tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como lo permite la ley del Estado de Oregon y que si alguna parte del mismo se considera inválida, se acuerda que, no obstante, el balance continuará en pleno efecto y fuerza legal.

**Reconocimiento de Entendimiento:** He leído esta renuncia de responsabilidad, aceptación de riesgo y acuerdo de indemnización, entiendo completamente sus términos y entiendo que estoy renunciando a derechos sustanciales, incluido mi derecho a demandar. Reconozco que estoy firmando el acuerdo de forma libre y



**Aceptación de riesgo / liberación e indemnización de todas las reclamaciones / pacto de no demandar**

voluntaria, y pretendo con mi firma liberar completa e incondicionalmente de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley.

**POR FAVOR LEA EL ACUERDO COMPLETO ANTES DE FIRMAR.**

Nombre del/la Participante (Por favor letra legible): \_\_\_\_\_

Firma del/la Participante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**SI EL/LA PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS, UN/A PADRE/MADRE O TUTOR/A LEGAL DEBE ACEPTAR Y FIRMAR A CONTINUACIÓN.**

Nombre del/la padre/madre o Tutor/a legal (Por favor letra legible): \_\_\_\_\_

Firma del/la padre/madre o Tutor/a legal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_