

## ACUERDO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD LEGAL

### Participantes del programa de "Save The Bay"

Este documento debe ser completado por todos los participantes y devuelto al organizador

(Favor de leer cuidadosamente este document antes de firmar)

En consideración a los servicios de Save The Bay, sus agentes, autoridades, voluntarios, participantes, empleados y todas las demás personas o entidades que actúan en cualquier calidad en nombre de dicha organización (de aquí en adelante "STB"), accedo de la siguiente manera:

Estoy familiarizado con el programa para el cual estoy registrado. He recibido respuestas a todas mis preguntas sobre la naturaleza de las actividades, las condiciones, y el lugar donde el programa se llevará a cabo. Entiendo que este programa tiene sus riesgos, incluyendo ciertos riesgos que no pueden ser eliminados sin alterar fundamentalmente el carácter único de este programa. Los mismos elementos que contribuyen al carácter único de este programa pueden ser la causa de la pérdida o daño de mis pertenencias, lesiones, o en casos extremos, trauma permanente, incapacidad o muerte. Entiendo que STB cree que es importante para mí saber de antemano que puedo esperar, y ser informado de los riesgos del programa. A continuación se describen algunos, pero no todos, de estos riesgos.

Los programas de STB son realizados con frecuencia en lugares remotos donde la comunicación y el transporte son difíciles. Esto significa que las evacuaciones de emergencia y atención médica pueden demorarse.

Los cursos de STB implican viajes al aire libre donde los participantes son sujetos a numerosos riesgos ambientales y de otros tipos. Los viajes son a pie, fuera de pista y a veces sobre terreno impredecible. Los riesgos a los participantes incluyen torceduras, esguinces, fracturas, tropezones, caídas, contusiones, raspaduras, cortes y astillas. Riesgos adicionales incluyen el recoger objetos afilados o insalubres, el ser cortado o golpeado por herramientas, y el levantar herramientas pesadas. Los participantes pueden ser expuestos a insectos y serpientes, relámpagos y otras fuerzas impredecibles de la naturaleza, como el estado del tiempo el cual puede cambiar a condiciones extremas sin previo aviso. Las posibles lesiones incluyen hipotermia, quemaduras solares, insolación, deshidratación, ataques de alergia y otras condiciones leves o graves.

Los instructores pueden ser obligados a tomar decisiones en circunstancias difíciles, en base a una variedad de percepciones y evaluaciones, que por su naturaleza son imprecisas y sujetas a error.

Entiendo que esta descripción de los riesgos no es completa y que otros riesgos desconocidos o imprevistos pueden causar daños materiales, lesiones o muerte. Estoy de acuerdo en asumir la responsabilidad de todos los riesgos inherentes a las actividades que componen este programa. Mi participación en este programa es totalmente voluntaria, nadie me ha obligado a participar, y elijo participar con pleno conocimiento de los riesgos inherentes.

Con el presente acuerdo en permitir que los empleados de Save The Bay, agentes, y otros invitados tomen fotografías y video del viaje. Entiendo que estos elementos podrán ser utilizados con fines comerciales y/o promocionales.

Yo, y mi (s) padre (s) o tutor legal, si soy menor de edad, declaro que soy completamente capaz de participar en este programa. Por lo tanto, yo, y mi (s) padre (s) o tutor legal, si soy menor de edad, asumo y acepto toda la responsabilidad por mí y por las lesiones, posible muerte, pérdida de propiedad personal y gastos sufridos como resultado de mi participación voluntaria en este programa, así como por cualquier pérdida, lesion o muerte resultando de mi propia negligencia.

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de participante (escrito): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(Participante/Estudiante)

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

Firma: \_\_\_\_\_  
(Padre o tutor legal)

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

**HISTORIA DE SALUD DEL PARTICIPANTE:**

Por favor seleccione todo tipo de alergia que el participante pueda tener: Picaduras de insectos, Fiebre del heno, Asma, Comida \_\_\_\_\_, Penicilina, Otros: \_\_\_\_\_

Por favor describa reacción conocida a las alergias seleccionadas y escriba todos los medicamentos usados: \_\_\_\_\_

Por favor indique cuales de las siguientes enfermedades o trastornos el participante ha tenido o tiene ahora: Defecto cardíaco, Diabetes, Epilepsia, Trastorno hemorrágico, Hipertensión, Otro: \_\_\_\_\_