

Acuerdo para asunción de riesgos y consentimiento para tratamiento de emergencia - menores de edad

Yo, _____ (nombre en letra de molde del padre/madre/tutor), deseo permitir que _____ (nombre en letra de molde del menor de edad) mi hijo/a menor de edad/pupilo/a participe voluntariamente en los programas impartidos por University of Wisconsin-Madison Division of Extension.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

ENTIENDO QUE SE ME PIDE QUE LEA CON DETENIMIENTO CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PÁRRAFOS. ENTIENDO QUE, SI DESEO DISCUTIR CUALQUIERA DE LOS TÉRMINOS CONTENIDOS EN ESTE ACUERDO, ME PUEDO COMUNICAR CON EL LÍDER DEL PROGRAMA 4-H DE WISCONSIN POR TELÉFONO AL 608-262-2391.

ASUNCIÓN DE RIESGOS:

Entiendo que no todos los riesgos se pueden prever y que algunos de dichos riesgos son impredecibles. Entiendo que hay ciertos riesgos inherentes que no se pueden eliminar, sin importar el cuidado que se tenga para evitar lesiones. Algunos de estos involucran enfermedades transmitidos por los alimentos, alérgenos, esfuerzos físicos extenuantes utilizando diversos grupos musculares, y exposición a enfermedades infecciosas. Los riesgos específicos varían de una actividad a otra, pero en cada actividad los riesgos varían de: 1) lesiones menores como rasguños, moretones y cortadas, a 2) lesiones mayores y enfermedades tales como cortadas graves, lesiones, reacciones alérgicas o enfermedades graves, hasta 3) lesiones catastróficas que incluyen anafilaxia, parálisis y la muerte. Entiendo que University of Wisconsin - Madison Division of Extension me ha aconsejado que busque la asesoría del médico de mi hijo/pupilo antes de que participe en el programa. Entiendo que se me ha aconsejado tener cobertura vigente de seguro médico y contra accidentes para mi hijo/pupilo y que ni la Universidad ni el estado de Wisconsin me brindan dicha cobertura. **SÉ, ENTIENDO Y RECONOZCO LOS RIESGOS INHERENTES EN LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES ENUMERADOS ANTERIORMENTE, Y POR LA PRESENTE AFIRMO QUE LA PARTICIPACIÓN DE MI HIJO/PUPILO ES VOLUNTARIA, Y QUE ASUMO A SABIENDAS TODOS LOS RIESGOS ANTEDICHOS. ADEMÁS, ACEPTO ASUMIR LA RESPONSABILIDAD POR EL GASTO DE REPARACIÓN O REEMPLAZO DE LOS BIENES DE LA UNIVERSITY OF WISCONSIN QUE SE ATRIBUYAN A LOS ACTOS NEGLIGENTES O MALA CONDUCTA INTENCIONAL DE MI HIJO O PUPILO.**

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, INDEMNIZACIÓN Y DESCARGO:

En consideración al permiso para mi hijo/pupilo para que participe voluntariamente en estas actividades, yo, y a nombre de mi cónyuge, herederos, representantes personales, patrimonio o cesionarios, acepto liberar de responsabilidad y descargar a la Junta de Regentes del Sistema de University of Wisconsin y sus funcionarios, empleados, agentes y voluntarios de y contra cualquiera y todo reclamo, demanda, acción o causa de acción de cualquier tipo a consecuencia de daños a bienes personales o lesiones personales o muerte que pudieran resultar por la participación de mi hijo/pupilo en el programa indicado anteriormente, excepto donde dicha pérdida surja por una negligencia manifiesta o mala conducta intencional de la Junta o de sus funcionarios, empleados, agentes o voluntarios. Entiendo que al aceptar esta cláusula renuncio a reclamos y cedo derechos sustanciales, incluyendo mi derecho a demandar. Además, yo y en nombre de mi cónyuge, herederos, representantes personales, patrimonio o cesionarios, acepto defender e indemnizar a la Junta de Regentes del Sistema de University of Wisconsin y sus funcionarios, empleados, agentes y voluntarios de y contra cualquiera y todo reclamo, demanda, acción o causa de acción de cualquier tipo que surja por daños a bienes personales o lesiones personales o muerte, donde dicha pérdida surja de mi hijo/pupilo o por sus actos negligentes o mala conducta intencional, al participar en el programa indicado anteriormente.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:

Autorizo a la University of Wisconsin - Madison Division of Extension y a sus representantes designados a consentir, en mi nombre, a que se brinde a mi hijo/pupilo cualquier atención o tratamiento médico/en hospital en caso de emergencias, contando con la asesoría de cualquier médico con licencia. **ACEPTO ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE TODOS LOS CARGOS NECESARIOS INCURRIDOS POR CUALQUIER HOSPITALIZACIÓN, INTERNACIÓN O TRATAMIENTO QUE SE REQUIERA EN VIRTUD DE ESTA AUTORIZACIÓN.**

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____