

**Exoneración de responsabilidad, aceptación de riesgo y acuerdo sobre indemnización
(PÁGINA ENTREGADA AL LÍDER DEL CLUB O UNIDAD 4-H Y ARCHIVADA EN LA OFICINA 4-H DEL CONDADO.)**

Nombre del participante

(Escriba en letra de molde)

Condado

Club/Unidad

Exoneración: En consideración de que se me permita la participación de cualquier forma en las **Actividades y Proyectos de Desarrollo Juvenil de 4-H de California**, yo, en representación de mí mismo, mis herederos, representantes personales o designados, **por la presente relevo, eximo y renuncio a mi derecho y estoy de acuerdo con no demandar** a los Regentes de la Universidad de California, sus funcionarios, empleados y agentes sobre la responsabilidad de cualquiera o todas las quejas, inclusive por **la negligencia de los Regentes de la Universidad de California, sus funcionarios, empleados y agentes**, que resulte en lesiones personales, accidentes o enfermedades (inclusive la muerte) y la pérdida de propiedad que resulte, de forma enunciativa pero no limitativa, de la participación en las **Actividades y Proyectos de Desarrollo Juvenil de 4-H de California**.

Aceptación de riesgos: La participación en las **Actividades y Proyectos de Desarrollo Juvenil de 4-H de California** conlleva ciertos riesgos inherentes que no se pueden eliminar a pesar del cuidado que se ponga para evitar lesiones. Los riesgos específicos varían de una actividad a otra, pero los riesgos van desde 1) lesiones menores como rasguños, moretones y torceduras; a 2) lesiones mayores como daño a los ojos o pérdida de la vista o lesiones de las articulaciones o la espalda, ataques cardíacos y concusión cerebral y 3) lesiones catastróficas, incluyendo parálisis y muerte.

He leído los párrafos anteriores y sé, entiendo y reconozco estos y otros riesgos que son inherentes a las Actividades y Proyectos de Desarrollo Juvenil de 4-H de California. Por la presente, afirmo que mi participación es voluntaria y que con conocimiento de causa asumo todos los riesgos.

Indemnización y liberación de responsabilidad: También estoy de acuerdo con EXIMIR DE TODA RESPONSABILIDAD a los Regentes de la Universidad de California de todo reclamo, acción, demandas, procedimientos, costos, gastos, daños y perjuicios, incluyendo honorarios de abogados resultantes de mi participación en las **Actividades y Proyectos de Desarrollo Juvenil de 4-H de California**, y de reembolsarles por cualquier gasto de este tipo en el que incurran.

Divisibilidad: El suscrito, además, expresamente está de acuerdo en que el anterior Acuerdo de Exoneración y Aceptación de Riesgos intenta ser tan amplio e inclusivo como lo permite la ley del estado de California, y que si alguna parte del mismo es invalidada, se acuerda que el resto debe, no obstante, mantener toda su validez legal.

Reconocimiento de entendimiento: He leído este Acuerdo de Exoneración de Responsabilidad y Aceptación de Riesgos e Indemnización, y entiendo por completo sus términos y **reconozco que estoy renunciando a derechos fundamentales, inclusive mi derecho a demandar**. Reconozco que estoy firmando este acuerdo libre y voluntariamente y que **mi firma sirva como una exoneración de responsabilidad completa e incondicional** a la mayor medida posible permitida por la ley.

Firma del padre/tutor legal del menor o adulto participante

Fecha

Edad (si es menor de edad)

ESTA EXONERACIÓN APLICA A TODAS LAS ACTIVIDADES Y PROYECTOS DEL PROGRAMA DE DESARROLLO JUVENIL 4-H DE CALIFORNIA, INCLUSIVE, PERO SIN LIMITARSE A JUNTAS DEL PROYECTO, REUNIONES DEL CLUB, DÍAS EDUCATIVOS DE CAMPO, EXCURSIONES EDUCATIVAS, CAMPAMENTOS, PROGRAMAS DE INTERCAMBIO, EVENTOS DE RECAUDACIÓN DE FONDOS, ACTIVIDADES DE SERVICIO COMUNITARIO, ENTRENAMIENTO DE VOLUNTARIOS, FERIAS Y PROYECTOS.

Formulario de Autorización de Tratamiento Médico para Voluntarios Adultos

(PÁGINA ENTREGADA AL LÍDER DEL CLUB O UNIDAD 4-H Y GUARDADA EN LA OFICINA 4-H DEL CONDADO.)

Este Formulario de Autorización de Tratamiento Médico se autoriza y está vigente para todos los eventos y actividades de 4-H en las fechas específicas indicadas a continuación. (Nota: esta información se debe actualizar anualmente)

Nombre

Apellido(s)

Nombre del Club o Unidad

Condado y estado

Del: **1 de Julio del 2015** Al: **31 de Diciembre del 2016**

Durante el tiempo en que yo participe o viaje rumbo a o de regreso de este evento de 4-H, AUTORIZO POR MEDIO DE LA PRESENTE AL LÍDER VOLUNTARIO ADULTO DE 4-H Ó AL PERSONAL DE 4-H, o en su ausencia o discapacidad, a cualquier adulto que lo acompañe o ayude, QUE PERMITA QUE YO RECIBA EL TRATAMIENTO MÉDICO QUE AQUÍ SE INDICA SI MI ESTADO FUERA TAL QUE ME IMPIDE TOMAR UNA DECISIÓN:

Cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento médico o quirúrgico y cuidado hospitalario que sea considerado recomendable y que se vaya a administrar bajo la supervisión general o especial de cualquier médico o cirujano licenciado bajo las estipulaciones de la Ley de Prácticas Médicas, Sección 2000 y siguientes del Código de Negocios y Profesiones de California; o cualquier examen de rayos X, anestesia, diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico y cuidado hospitalario que vaya a ser administrado por un dentista licenciado bajo las estipulaciones de la Ley de Prácticas Dentales, Sección 1600 y siguientes del Código de Negocios y Profesiones de California.

Doy esta autorización según las estipulaciones de la Sección 25.8 del Código Civil de California. Esta autorización seguirá vigente hasta que yo termine con mis actividades en este programa, a menos que yo la revoque por escrito antes de ese momento. Tengo entendido que será responsable por el costo de cualquier servicio o tratamiento que no esté cubierto por el Programa de Seguro para Accidentes y Enfermedad de 4-H patrocinado por Extensión Cooperativa de la UC.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre

()

Teléfono diurno para emergencias (con el código de área)

Parentesco con el adulto identificado anteriormente

()

Teléfono nocturno para emergencias (con el código de área)

Dirección postal

Ciudad

Estado

Zona posta

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Por la presente, certifico que gozo de buena salud y que puedo viajar a y participar en todos los eventos y actividades del Programa de Desarrollo Juvenil 4-H según lo descrito anteriormente. Tengo entendido que es mi responsabilidad informar a la oficina de 4-H del condado si hay algún cambio en la información incluida en este formulario (incluso el Historial Médico).

Firma

Fecha

RECHAZO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

No deseo firmar esta autorización y entiendo que al no firmarla, queda prohibido que yo reciba cualquier tipo de cuidado médico en caso de un accidente o enfermedad que no ponga en peligro mi vida.

Firma

Fecha

La política de la Universidad y la Ley de 1977 de Prácticas de la Información del Estado de California exigen se proporcione la información a continuación siempre que se le pida información personal: La información que se incluya en este formulario se recaba bajo la autoridad de la Ley Smith-Lever. Usted brinda los datos médicos de manera voluntaria. Sin embargo, se requiere que firme en alguno de los dos recuadros anteriores. Dejar de proporcionar su autorización y la información médica, puede ocasionar que no podamos brindarle a su hijo(a) el tratamiento médico necesario. Usted tiene derecho de leer los registros de la Universidad que incluyen información personal suya o de su hijo(a), con ciertas excepciones establecidas por políticas y estatutos. Usted puede revisar una copia de las políticas de la Universidad referentes a la obtención, uso o disseminación de información personal pidiéndola al director de la oficina local de Extensión Cooperativa de la Universidad de California en su condado, al Asesor del Programa de Desarrollo Juvenil 4-H, al Representante del Programa 4-H o al Director Estatal de 4-H en: *California 4-H Youth Development Program, University of California, División de Agricultura y Recursos Naturales, oficina estatal de 4-H de California, 2801 Second Street, Davis, CA 05618-7774, (530) 750-1334, ca4h@ucanr.edu*. Usted solo puede revisar sus propios records.

Únicamente están a su disposición el registro de su hijo(a) o el suyo propio.

Historial Médico

(PÁGINA ENTREGADA AL LÍDER DEL CLUB O UNIDAD 4-H QUIEN SE ENCARDARÁ DE GUARDARLA; TRITURAR AL CONCLUIR EL AÑO DEL PROGRAMA)

 / /

Nombre

Apellido(s)

Condado

Fecha de nacimiento

Susceptible a:	Sí	No	Tiene ahora o ha tenido	Sí	No
Catarro, resfriados			Problemas de corazón		
Dolor de garganta			Asma		
Desmayos			Problemas de los pulmones		
Bronquitis			Sinusitis		
Convulsiones			Hernia (ruptura)		
Calambres			Apendicitis		
Alergias			¿Ha sido operado del apéndice?		
¿Usa gafas/lentes recetados?			¿Camina dormido (es sonámbulo)?		
¿Oye bien?					

Fecha de la vacuna más reciente contra el tétano:

Indique cuáles medicamentos sin receta autoriza a que se administren a su hijo(a) de ser necesario:

- | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tylenol | <input type="checkbox"/> Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Jarabe para la tos | <input type="checkbox"/> Descongestionante | <input type="checkbox"/> Dramamina |
| <input type="checkbox"/> Antiácido | <input type="checkbox"/> Polysporin | <input type="checkbox"/> Hidrocortisona | <input type="checkbox"/> Otros: | |

Indique cualquier alergia que tenga, incluso a alimentos, a medicamentos y reacciones a medicamentos:

Por favor, incluya comentarios adicionales o instrucciones especiales que puedan ayudar al personal de servicios de emergencia.

Anote todos los medicamentos que toma actualmente:

Nombre del medicamento	Dosis	¿Cuándo lo toma?