

Exoneración de responsabilidad, aceptación de riesgo y acuerdo sobre indemnización

(LA PÁGINA FUE ENTREGADA AL LÍDER DE LA UNIDAD/CLUB DE 4-H Y RETENIDA POR LA OFICINA CONDAL DE 4-H)

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 mi 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 contusión 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 permita 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 participantes

Fecha

Edad (si es menor de edad)

ESTA EXONERACIÓN APLICA A TODOS 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 Jóvenes

(ESTA PÁGINA SE ENTREGA AL LÍDER DEL CLUB O UNIDAD DEL PROGRAMA 4-H QUIEN LA MANTIENE EN LOS ARCHIVOS.)

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)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre	Apellido(s)	Nombre del Club o Unidad
<input type="text"/>		Del: 1 de Julio del 2015 Al: 31 de Diciembre del 2016
Condado y estado		

Durante el tiempo en que mi hijo(a) participe o viaje rumbo a y de regreso de este evento de 4-H, AUTORIZO POR MEDIO DE LA PRESENTE AL LÍDER VOLUNTARIO ADULTO DE 4-H O AL PERSONAL DE 4-H, o en su ausencia o discapacidad, a cualquier adulto que lo acompañe o ayude, QUE PERMITA QUE MI HIJO RECIBA EL TRATAMIENTO MÉDICO QUE AQUÍ SE INDICA:

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 mi hijo(a) concluya con las actividades de este programa, a menos que yo la revoque por escrito antes de ese momento. Tengo entendido que como su padre, madre o tutor, seré 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nombre	Parentesco con el joven identificado anteriormente		
(<input type="text"/>) <input type="text"/>	(<input type="text"/>) <input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Teléfono diurno para emergencias (con el código de área)	Teléfono nocturno para emergencias (con el código de área)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Dirección postal	Ciudad	Estado	Zona postal

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Por la presente, certifico que mi hijo(a) goza de buena salud y que puede 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 y cambios en la relación con los padres o tutor).

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del padre/tutor(guardián)	Fecha

RECHAZO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del padre/tutor(guardián)	Fecha

La política de la Universidad y la Ley de 1977 de Prácticas de la Información del Estado de California exigen que 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 incluyan 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 diseminación 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 asociado de programas y normas del Programa 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, (550) 750-1334, ca4h@ucanr.edu.* Usted solo puede revisar sus propios récords.

