

Nombre del Grupo: _____

Fecha del Programa: _____



**Liberación y Renuncia de Responsabilidades a ExCEL
(TODOS LOS PARTICIPANTES DEBEN FIRMAR UN
FORMULARIO PARA PARTICIPAR)**

FY4-H-107
2/13/17

Nombre _____ Edad _____ Teléfono del Trabajo _____

Género: F _____ M _____

Dirección: Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

En caso de Emergencia, contactar a: _____

Relación _____ Teléfono del Hogar # _____ Teléfono del Trabajo # _____

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO/ INFORMACIÓN MÉDICA

Estoy conciente al firmar esta declaración de participación en los programas en el Centro 4-H de Arkansas que ciertas actividades son físicamente exigentes. Por lo tanto, el estado físico aumentará su goce y capacidad para participar en la actividad. Si por alguna razón usted tiene dudas de su capacidad para participar en la actividad, por favor consulte con los instructores antes de su participación. Si bien es imposible anticipar todos los potenciales daños, algunos de los peligros específicos que podría encontrar al usar el Recorrido de las Cuerdas Altas y el Recorrido Preliminar incluyen: Resbalar o caer en el camino, golpes, moretones, cortaduras, picada de insectos, hiedra venenosa, torceduras, fracturas u otras lesiones. Por favor tenga en cuenta que la mayoría de las actividades se realizan al aire libre en todo tipo de clima, por lo tanto es esencial la vestimenta adecuada (ropas para la lluvia, ropas abrigadas) para evitar la exposición a los elementos climáticos. Los instructores del curso tomarán todas las precauciones razonables para minimizar la exposición a los riesgos conocidos; sin embargo, como participante debe estar conciente de la naturaleza de la actividad y del hecho que no se puede anticipar todas las presiones y peligros relacionados con la actividad. Usted tiene la responsabilidad personal de seguir las normas y procedimientos de seguridad establecidas, en la medida que participe en tales actividades. Si en cualquier momento tiene dudas acerca de la actividad, usted tiene la responsabilidad de consultar con su instructor. Las agencias patrocinadoras tienen la responsabilidad de proveer un avance de las actividades apropiadas conducentes a las experiencias del Programa "ExCEL Challenge" en el Centro 4-H de Arkansas.

Reconozco que hay elementos de riesgo importantes en cualquier aventura, deporte o actividad asociados con el aire libre. Sabiendo los riesgos, peligros y rigores inherentes involucrados en las actividades, certifico que mi familia y yo, incluyendo a cualquier menor, estamos totalmente capacitados para participar en las actividades.

Asumo toda la responsabilidad por mi familia y por mi mismo/a, incluyendo a cualquier menor, por daño corporal, muerte, pérdida de propiedad personal y gastos de eso, como resultado de la participación de los miembros de mi familia en el Programa "ExCEL Challenge".

INFORMACIÓN MÉDICA PARA EMERGENCIAS

Por favor marque Si o No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| Si | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias a alimentos, medicamentos, picada de insectos, polvo. Favor indicarlal y cuál es su reacción. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Discapacidades físicas o condiciones que podrían limitar su participación. Favor indicarlal. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si actualmente está tomando medicamentos, favor indique qué medicamento. |

AUTORIZACIÓN MÉDICA

El padre o tutor legal debe firmar por todas las personas menores de 18 años de edad.

Entiendo que habrá disponible servicios de salud y que habrá supervisión de un adulto. Si ocurriera una enfermedad o lesión se proveerá cuidado medico y/u hospitalario y se me notificará a la brevedad. Por la presente acepto liberar y eximir de responsabilidad a la Universidad de Arkansas, a la División de Agricultura, al Servicio de Extensión Cooperativa ya sus actuales fideicomisarios, representantes, agentes, funcionarios, oficiales, voluntarios y empleados de cualquier responsabilidad, Demandas, o cualquier causa de acción, que surja de o esté relacionada con el transporte y la participación de mi hijo / a en esta actividad.

Entiendo y acepto la declaración anterior y además autorizo cada ítem de lo siguiente:

- A. El historial de salud es correcto y el participante tiene mi permiso para participar en todas las actividades del programa.
- B. Otorgo permiso al médico concurrente y/o al servicio de salud concurrente para usar dichos procedimientos diagnósticos y tratamiento médico en la medida que se considere necesario.
- C. Autorizo a las unidades de cuidado médico para divulgar información del registro médico al portador del seguro de salud para los eventos de 4-H y/o el Servicio de Extensión Cooperativa en o para los procesos de demandas.
- D. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cobros y por la presente garantizo el pago total a los médicos concurrentes y/o unidades del cuidado de la salud.

Firma _____ Fecha _____

(Si tiene 18 años o menor, debe firmar el Padre o Tutor).