

# PROGRAMA DE DESARROLLO JUVENIL 2023-2024 DE TEXAS 4-H

## Nombre del Programa

### PROGRAMA DE CAMPAMENTO Y DESARROLLO FORMULARIO DE EXENCIÓN, INDEMNIZACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS

1. CLÁUSULA EXCULPATORIA. En consideración de la autorización para participar en todas y cada una de las actividades de Texas 4-H (“actividad”), que cuentan con el patrocinio de Texas A&M AgriLife Extension y del Programa de Desarrollo Juvenil de Texas 4-H (“patrocinador”), miembro del Sistema Universitario Texas A&M, por la presente eximo, descargo, me comprometo a no demandar y acepto liberar de toda responsabilidad a todos los efectos al patrocinador, al Sistema Universitario Texas A&M, al Consejo Directivo del Sistema Universitario Texas A&M y a sus miembros, funcionarios, agentes, voluntarios o empleados (“EXIMIDOS” o “INDEMNIZADOS”) de toda responsabilidad, reclamo, demanda, lesión (incluida la muerte) o daños, incluidos los costos judiciales, los gastos y los honorarios del abogado, que pueda experimentar mientras participo en esta actividad, mientras me traslado para asistir a la actividad o regresar de esta, o mientras me encuentro en las instalaciones cuya propiedad, arrendamiento o control pertenece a los EXIMIDOS, **incluidas las lesiones que se puedan provocar a causa de la negligencia exclusiva, conjunta o concurrente, la negligencia grave o en sí misma, las faltas estatutarias, los agravios intencionales o la responsabilidad estricta de los EXIMIDOS.**
2. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN. Soy plenamente consciente de que existen riesgos inherentes para mí y otras personas involucradas en esta actividad, incluidos, entre otros, todos los eventos y actividades, y elijo participar voluntariamente en esta actividad con total conocimiento de que esta puede ser peligrosa para mí y mi propiedad, así como para la persona y la propiedad de otros. Reconozco que puede haber actividades físicamente extenuantes. No conozco ningún motivo médico por el cual no debería participar. **Acepto indemnizar y liberar a los INDEMNIZADOS** de toda responsabilidad, reclamo, demanda, lesión (incluida la muerte) o daños, incluidos los costos judiciales, los gastos y los honorarios del abogado, que pueda experimentar yo, otros participantes y terceros como resultado de mi participación e intervención en esta actividad, **incluidas las lesiones que se puedan provocar a causa de la negligencia exclusiva, conjunta o concurrente, la negligencia grave o en sí misma, las faltas estatutarias, los agravios intencionales o la responsabilidad estricta de los INDEMNIZADOS.**
3. COVID-19. Reconozco expresamente los peligros y los riesgos para la salud asociados con la transmisión del virus de COVID-19, y de otras enfermedades contagiosas, y reconozco que la exposición al virus del COVID-19, o a otras enfermedades contagiosas, podría producirse mientras mi hijo está bajo el cuidado del patrocinador. Como tal, y como una consideración adicional para participar en la actividad, comprendo que las disposiciones de indemnización y exención descritas anteriormente en los párrafos (1) y (2) corresponden a la posibilidad de la propagación comunitaria del COVID-19. Certifico que, antes de dejar a mi hijo bajo el cuidado del patrocinador, mi hijo: (a) no ha recibido un diagnóstico de COVID-19 ni se sospecha que tenga dicha enfermedad; (b) no presenta ninguno de los síntomas del coronavirus indicados en la página “Síntomas del coronavirus” de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC); (c) no ha estado en contacto cercano (a menos de seis pies) en los últimos 14 días con ninguna persona que sea un caso de COVID-19 confirmado por laboratorio; (d) no ha estado en contacto cercano (a menos de seis pies) en los últimos 14 días con ninguna persona que esté esperando los resultados de una prueba de detección de COVID-19 debido a síntomas de dicha enfermedad o exposición a esta; (e) no ha regresado de un viaje internacional ni viajado por un área con restricciones estatales o locales que exijan la cuarentena tras la llegada al hogar en los últimos 14 días. También certifico que, cada vez que dejo a mi hijo bajo el cuidado del patrocinador, realizo una evaluación diaria a mi hijo y que este no presenta ninguno de los signos o síntomas de COVID-19 mencionados anteriormente, ni estuvo expuesto a la enfermedad.
4. AUSENCIA DE SEGURO. Comprendo que los EXIMIDOS no mantienen ninguna póliza de seguro que cubra cualquier circunstancia que pueda surgir de mi participación en esta actividad o cualquier evento relacionado con dicha participación. Por lo tanto, soy consciente de que debería revisar la cobertura de mi seguro personal. El patrocinador no cuenta con un seguro de responsabilidad general para cubrir los reclamos que puedan surgir de esta actividad, por lo que solicita una exención de reclamos como una consideración adicional para el derecho de participar a fin de que el patrocinador, una unidad gubernamental del estado de Texas, pueda (a) ofrecer la actividad al menor costo posible para los participantes y (b) brindar acceso a una mayor cantidad de participantes y así poder destinar los recursos limitados a materiales del programa en lugar de un seguro de responsabilidad.
5. OBLIGACIONES DE HEREDEROS. Es mi intención expresa que este acuerdo represente una obligación para los miembros de mi familia y mi cónyuge, si estoy vivo, y mis herederos, beneficiarios y representantes personales, si he fallecido. Además, este se registrará por las leyes del estado de Texas.
6. AUTORIZACIÓN MÉDICA, INDEMNIZACIÓN POR GASTOS MÉDICOS y EXENCIÓN. Comprendo que no se puede esperar que los EXIMIDOS controlen todos los riesgos asociados con esta actividad y que es probable que estos necesiten responder ante accidentes y posibles situaciones de emergencia. Por lo tanto, por la presente doy mi consentimiento para la administración de cualquier tratamiento médico que se pueda necesitar, según lo determine un profesional médico en el establecimiento médico, durante mi participación en esta actividad con el entendimiento de que el costo de dicho tratamiento será mi responsabilidad. Acepto indemnizar y liberar de toda responsabilidad a los INDEMNIZADOS por cualquier costo en el que se incurra para mi tratamiento,

incluso si un INDEMNIZADO hubiese firmado documentación del hospital en la que se comprometía a pagar el tratamiento debido a mi incapacidad para firmarla. Además acepto eximir, descargar y me comprometo a no demandar y liberar de toda responsabilidad a todos los efectos a los EXIMIDOS por toda responsabilidad, reclamo, demanda, lesión (incluida la muerte) o daños, incluidos los costos judiciales, los gastos y los honorarios del abogado, que pueda experimentar mientras recibo o decido buscar atención médica, incluso mientras me traslado hacia un centro de atención médica o de regreso de este, **incluidas las lesiones que se puedan provocar a causa de la negligencia exclusiva, conjunta o concurrente, la negligencia grave o en sí misma, las faltas estatutarias, los agravios intencionales o la responsabilidad estricta de los EXIMIDOS.**

7. AUSENCIA DE NORMAS RIGUROSAS DE INTERPRETACIÓN. En caso de que haya un conflicto en torno al significado o la aplicación de este acuerdo, se interpretará de manera justa y razonable y no de manera estricta ni en contra de ninguna de las partes.
8. FIRMA VOLUNTARIA. Al firmar este acuerdo, reconozco y manifiesto que lo leí y comprendí, y que lo firmo de manera voluntaria como acto libre de toda carga, y que el patrocinador no realizó, ni yo me basé en manifestaciones, declaraciones ni incentivos orales que no sean los términos que contiene este acuerdo. Firmo este documento para su consideración plena, adecuada y completa con la firme intención de que constituya una obligación legal, en el presente y en el futuro. **Para los jóvenes que participan en actividades extracurriculares:** Comprendo que puedo optar por no firmar este documento y liberarme de sus términos y los riesgos asociados con la actividad simplemente si no participo en ella y elijo alguna otra actividad disponible que implique un menor nivel de riesgo para mí. Entiendo asimismo que esta es una actividad extracurricular voluntaria.

LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO IMPLICA LA RENUNCIA A DERECHOS LEGALES VALIOSOS.  
CONSULTE CON SU ABOGADO ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO.

SE FIRMA el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del participante: \_\_\_\_\_

Firma del padre, la madre o el tutor legal: \_\_\_\_\_

(si el participante es menor de 18 años)

Nombre en letra de imprenta del padre, la madre o el tutor legal: \_\_\_\_\_

(si el participante es menor de 18 años)

**En caso de emergencia, comuníquese con \_\_\_\_\_  
al siguiente número \_\_\_\_\_**

**Si el participante cuenta con seguro médico, indique lo siguiente:**

**Compañía de seguros:** \_\_\_\_\_

**Número de póliza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del titular principal de la póliza:** \_\_\_\_\_

**Indique cualquier servicio especial que su hijo pueda necesitar:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Como padre, madre o tutor del niño mencionado anteriormente, comprendo que la información solicitada en este formulario tiene la intención de informar al personal cualquier afección preexistente. Usted, como padre, madre o tutor, es responsable de suministrar una historia clínica precisa. Si su hijo tiene una afección preexistente, es posible que no se recomiende la participación en ninguna actividad o pasatiempo que sea extenuante. La decisión final en torno a si el niño mencionado anteriormente debería participar en alguna actividad es responsabilidad de usted y del médico de su hijo. Comprendo y reconozco que si no proporciono la información relevante, mi hijo u otras personas pueden sufrir daños durante este campamento o programa. Al firmar con mi nombre, declaro y garantizo que proporcioné toda la información relevante con respecto a afecciones preexistentes y que esta es precisa y completa. Acepto notificar a los organizadores del campamento o programa en el que mi hijo está participando cualquier cambio con respecto a las afecciones de mi hijo antes del campamento o programa o durante este.

Firma del padre, la madre o el tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_