THE TEXAS A&M UNIVERSITY SYSTEM

ACUERDO DE EXENCIÓN, INDEMNIZACIÓN, ASUNCIÓN DE RIESGOS Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

Yo,_____, edad, ____, deseo participar voluntariamente en todas las actividades de Purposeful Life ("Actividad"), la cual está patrocinada por o realizada bajo los auspicios de Center on Disability and Development ("Patrocinador"), el cual es miembro de The Texas A&M System. Estoy plenamente consciente de que existen riesgos inherentes a mí y para otras personas involucradas en la Actividad, que incluyen, pero no se limitan a enfermedades, como el virus del COVID-19, sus variantes y otras mutaciones, lesiones (incluyendo la muerte), y pérdida de propiedad personal, y decido participar voluntariamente en la Actividad y asumo voluntariamente los riesgos mencionados anteriormente para mí y mi propiedad, y para la persona y propiedad de otros. Reconozco que la actividad puede ser físicamente extenuante. No conozco ningún motivo médico por el cual no deba participar.

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, INDEMNIZACIÓN Y EXENCIÓN:

Para mí mismo, mis herederos, representantes personales o cesionarios, por la presente dejo exento, renuncio, me comprometo a no demandar, indemnizo y acepto eximir de responsabilidad para todos y cada uno de los fines al Patrocinador, a Texas A&M University System, a The Board of Regents para Texas A&M University System y sus miembros, funcionarios, agentes, voluntarios o empleados ("EXENTOS" y/o "INDEMNIZADOS") de todas y cada una de las responsabilidades, reclamos, demandas, lesiones (incluyendo la muerte) o daños, incluidos los costos judiciales y honorarios y gastos de abogados, que puedan ocurrirme a mí, a otros participantes y a terceros como resultado de mi participación y conducta en la actividad, mientras viajo hacia y desde la Actividad, o mientras me encuentre en las instalaciones de propiedad, arrendadas o controladas por los EXENTOS/INDEMNIZADOS, **incluidas las lesiones sufridas como resultado de negligencia única, conjunta o concurrente, negligencia per se, falta legal o responsabilidad estricta de los EXENTOS/INDEMNIZADOS.** Entiendo que esta exención no se aplica a lesiones causadas por conducta intencional o conducta gravemente negligente.

SIN SEGURO:

Entiendo que los EXENTOS/INDEMNIZADOS no mantienen ninguna póliza de seguro que cubra ninguna circunstancia que surja de mi participación en la actividad o cualquier evento relacionado con esa participación. **Por lo tanto, estoy consciente de que debo revisar la cobertura de mi seguro personal**. El Patrocinador no cuenta con un seguro de responsabilidad general para cubrir reclamos que surjan de la actividad, por lo que éste busca una exención de reclamos como consideración adicional por mi derecho a participar de manera que el Patrocinador, una unidad gubernamental del Estado de Texas, pueda (a) proporcionar la actividad al menor costo posible para los participantes; y (b) proveer acceso a un mayor número de participantes al gastar recursos limitados en materiales para el programa en lugar de gastarlos en seguros de responsabilidad.

AUTORIZACIÓN MÉDICA, INDEMNIZACIÓN Y RENUNCIA:

Entiendo que no se puede esperar que los EXENTOS/INDEMNIZADOS anticipen o controlen todos los riesgos asociados con la Actividad y que es posible que los EXENTOS/INDEMNIZADOS deban responder a enfermedades, accidentes, lesiones y posibles situaciones de emergencia. Por lo tanto, **por la presente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico, servicio de rescate o evacuación que pueda ser requerido** (según lo determine el personal del Patrocinador, médicos, personal de emergencia u otros profesionales médicos) durante mi participación en la Actividad, entendiendo que el costo de cualquier tratamiento de este tipo será mi responsabilidad. **Yo acepto, para mi mismo, mis herederos, representantes personales o cesionarios,** indemnizar y eximir de responsabilidad a los INDEMNIZADOS de cualquier costo incurrido al tratarme, incluso si un INDEMNIZADO ha firmado la documentación del centro de atención médica prometiendo pagar el tratamiento debido a mi incapacidad para firmar la documentación. **Yo acepto y me comprometo, para mí mismo, mis herederos, representantes personales o cesionarios,** dejar exento, renunciar, y no demandar y acepto eximir de responsabilidad para todos y cada uno de los fines, a los EXENTOS de todas y cada una de las responsabilidades, reclamos, demandas y lesiones (incluyendo la muerte), o daños, incluidos costos judiciales y honorarios y gastos de abogados, que pueda sufrir mientras reciba atención médica o al decidir buscar atención médica, **incluso mientras viajo hacia y desde un centro de atención médica, incluidas las lesiones sufridas como resultado de negligencia exclusiva, conjunta o concurrente, negligencia per se, culpa legal o responsabilidad estricta de los EXENTOS.** Entiendo que esta exención no se aplica a lesiones causadas por conducta intencional o negligente grave.

PARA NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS

¿**Puede** el participante nadar? ☐ **SI** ☐ **NO**

¿Tiene el participante **permiso** para nadar? ☐ **SI** ☐ **NO**

¿Corre el participante **riesgo de sufrir lesiones o muerte** cuando **nada** o **cuando accede** a un cuerpo de agua? ☐ **SI** ☐ **NO**

FIRMA VOLUNTARIA Y VINCULACIÓN DE HEREDEROS Y CESIONARIOS:

Al firmar este acuerdo, reconozco y declaro que lo he leído, lo entiendo y lo firmo como un acto de libre voluntad. El Patrocinador no ha hecho y yo no me he basado en ninguna representación oral, declaración o incentivo fuera de los términos contenidos en este Acuerdo. Yo formalizo este documento para su consideración total, adecuada y completa con la plena intención de estar vinculado por el mismo, ahora y en el futuro. **Para estudiantes que participan en actividades extracurriculares:** entiendo que puedo optar por no firmar este documento y desligarme de sus términos y los riesgos asociados con la actividad simplemente no participando en la actividad y eligiendo alguna otra actividad disponible para mí que tenga un nivel inferior de riesgo para mí. Además, entiendo que esta es una actividad voluntaria y que no participar en esta actividad de ninguna manera va a obstaculizar mi capacidad para obtener un título de las instituciones miembros de The Texas A&M System. **Para estudiantes que van a excursiones, viajes al extranjero u otras actividades relacionadas con la clase:** entiendo que la participación en esta clase/excursión/actividad no es obligatoria y no seré penalizado por no participar en esta actividad porque existe una actividad alternativa la cual me sirve como crédito. Si bien entiendo que hay actividades alternativas disponibles para mí que no tienen los riesgos asociados con la Actividad, aún así deseo participar voluntariamente en la Actividad.

Es mi expreso deseo que este Acuerdo vincule legalmente a los miembros de mi familia y a mi cónyuge, si estoy vivo, y a mis herederos, cesionarios y representantes personales, si he fallecido, y el mismo se regirá por las leyes del Estado de Texas.

EL FIRMAR ESTE DOCUMENTO IMPLICA LA RENUNCIA A VALIOSOS DERECHOS LEGALES.
Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos y las consecuencias de firmar este documento, debe consultar a un abogado.

FIRMADO el presente día _____de _____**,**20**2**4.

Firma del Participante:_____

Nombre Impreso:_____

Fecha de Nacimiento del Participante:_____

Firma del Padre o Tutor Legal:_____

(Si el participante tiene menos de 18 años)

Nombre Impreso del Padre o Tutor Legal:_____

(Si el participante es menor de los 18 años)

Nombre del Participante:	
Dirección:	
Teléfono:	
UIN o #Licencia de Conducir:	
Estudiante ☐ Fac/Personal ☐ Dependiente ☐ Público en General ☐	
Información de Contacto de Emergencia del Participante	
Nombre de Contacto de Emergencia:	
Dirección:	
Teléfono:	
Teléfono Alternativo:	
Relación con el Participante:	

Si el participante tiene seguro médico, por favor indique:

Compañía de seguro: _____

Numero de póliza: _____

Titular del seguro: _____

Por favor enumere cualquier servicio especial que su hijo pueda requerir: _____

_____