

# Acuerdo para Asunción de Riesgo, Indemnización, Autorización y Consentimiento para Tratamiento de Emergencia

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre con letra de imprenta), edad \_\_\_\_\_, deseo participar voluntariamente en actividades de recreación en University of Wisconsin (la Universidad de Wisconsin) – Extension.

COMPRENDO QUE SE ME PIDE QUE LEA CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PÁRRAFOS CUIDADOSAMENTE. COMPRENDO QUE SI DESEO HABLAR SOBRE CUALQUIERA DE LOS TÉRMINOS CONTENIDOS EN ESTE ACUERDO, PUEDO COMUNICARME CON Justin Hougham, Director de Upham Woods, LLAMANDO AL NÚMERO DE TELÉFONO 608-254-6461.

## Asunción de riesgos:

Comprendo que la actividad física relacionada con la programación de Upham Woods, por su propia naturaleza, lleva ciertos riesgos inherentes que no se pueden eliminar a pesar de los esfuerzos que se hagan para evitar lesiones. Algunos de estos consisten en ejercicios vigorosos de fuerza que usan diferentes grupos de músculos, algunos consisten en movimientos rápidos de velocidad y cambio de dirección y otros consisten en actividad física continua que estresa el sistema cardiovascular. Los riesgos específicos varían de una actividad a otra, pero en cada actividad los riesgos pueden ir de: 1) lesiones menores como rasguños, moretones y distensiones a 2) lesiones mayores como fracturas, lesiones internas, lesiones de las articulaciones o espalda, ataques al corazón y conmociones cerebrales a 3) lesiones catastróficas incluyendo parálisis y muerte. Comprendo que la Universidad me ha aconsejado que consulte con un médico antes de participar en esta actividad. Comprendo que se me ha aconsejado que tenga seguro de salud y accidentes válido y que ni la Universidad ni el Estado de Wisconsin me proporcionan esta cobertura. **SÉ, COMPRENDO Y APRECIO LOS RIESGOS INHERENTES EN LOS PROGRAMAS Y ACTIVIDADES QUE SE NOMBRAN ARRIBA. POR LA PRESENTE, AFIRMO QUE MI PARTICIPACIÓN ES VOLUNTARIA Y QUE ASUMO CON CONOCIMIENTO TODOS ESTOS RIESGOS.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal (si el participante es menor de 18 años):

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Exención, Indemnización y Autorización:

En consideración de tener permiso para participar voluntariamente en la programación de Upham Woods, hoy y en toda fecha futura, yo, actuando por mí mismo, mis herederos, representantes o sucesores personales, accedo a defender, eximir, indemnizar y autorizar Board of Regents of the University of Wisconsin System (al Consejo de Regentes del Sistema de la Universidad de Wisconsin), University of Wisconsin (a la Universidad de Wisconsin)-Extension, y a sus funcionarios, empleados, agentes y voluntarios de y contra cualquier y toda reclamación, demanda, acción o causa de acción de cualquier tipo debido a daño a propiedad personal, o lesión personal, o muerte que pueda resultar de mi participación en el programa que se nombra arriba. Esta autorización incluye reclamaciones basadas en la negligencia del Consejo de Regentes del Sistema de la Universidad de Wisconsin, la Universidad de Wisconsin-Extension, y de sus funcionarios, empleados, agentes y voluntarios, pero no incluye expresamente reclamaciones basadas en mala conducta intencional o negligencia grave. **COMPRENDO QUE AL ACCEDER A ESTA CLÁUSULA, EXONERO DE RECLAMOS Y RENUNCIO A DERECHOS IMPORTANTES INCLUYENDO EL DERECHO A ENTABLAR UNA DEMANDA JUDICIAL.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal (si el participante es menor de 18 años):

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Consentimiento para Tratamiento de Emergencia:

Autorizo a la Universidad de Wisconsin-Extension, y a sus representantes designados para que consientan, en mi nombre, a cualquier cuidado o tratamiento médico u hospitalización de emergencia que se proporcione de acuerdo a la recomendación de un médico autorizado. **CONSIENTO A SER RESPONSABLE POR TODOS LOS CARGOS NECESARIOS INCURRIDOS POR HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO BRINDADO CONFORME A ESTA AUTORIZACIÓN.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal (si el participante es menor de 18 años):

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_