



FORMULARIO DE LIBERACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Para obtener permiso para participar en un Programa de Curso de Desafío en el Centro de Aprendizaje de Cispus ("Cispus"), yo, mis herederos, cesionarios u otros sucesores en interés, por el presente liberamos y por siempre descargamos de responsabilidad a Cispus, sus funcionarios, agentes y empleados de una y todas las responsabilidades, reclamos, demandas, daños, acciones y causas de acción de cualquier naturaleza que surjan o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que yo o mi propiedad podamos sufrir durante la participación en un Programa Cispus, o mientras se encuentre en el campus, incluso si dicha pérdida, lesión o daño se debe a la negligencia de Cispus y sus empleados.

Reconocimiento de el Riesgo: ESTOY COMPLETAMENTE CONSCIENTE Y ENTIENDO QUE UN PROGRAMA DE CURSO DE DESAFÍO EN EL CENTRO DE APRENDIZAJE CISPUS ("CISPUS") IMPLICA UN GRADO DE ACTIVIDAD FÍSICA Y VIENE CON RIESGOS INHERENTES DE LESIONES A PERSONAS Y/O PROPIEDAD, independientemente de las precauciones de seguridad proporcionadas por Cispus para reducir tales riesgos. Un programa en Cispus utiliza una variedad de actividades que a menudo incluyen calentamientos, juegos, iniciativas grupales, elementos de recorrido bajo y alto, desafíos que incluyen escalar y otras actividades físicas rigurosas. Los recorridos altos y bajos en sí mismos son una serie de cables, cuerdas, obstáculos y/o tablas de madera conectadas entre árboles u otros sistemas de soporte, o unidas a ellos, que brindan diferentes desafíos para los participantes a diferentes alturas. Muchas de estas actividades requieren el uso de accesorios como troncos, tablas de madera, cuerdas y bloques. Los riesgos de tales actividades pueden incluir, pero no limitados a, lesiones musculares, quebraduras de un hueso, dolores articulares, mordeduras o picaduras de animales, dificultad para respirar, fatiga, mareos, cortes o abrasiones, lesiones emocionales, lesiones en la cabeza, lesiones en el cuello, lesiones en la columna vertebral, parálisis y/o muerte.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTAS ACTIVIDADES ASISTIENDO AL PROGRAMA. Entiendo que el grado y el alcance de mi participación en cada actividad sigue siendo mi elección y que es mi responsabilidad informar a los miembros del personal de Cispus sobre cualquier cambio en mi participación.

ASUMO VOLUNTARIAMENTE Y TENIENDO CONOCIMIENTO SOBRE CUALQUIERA Y TODOS LOS RIESGOS INHERENTES DE LA PARTICIPACIÓN, tanto conocidos como desconocidos. Asumo toda la responsabilidad por mi participación con pleno conocimiento de que las actividades pueden ser peligrosas para mi persona y/o propiedad. En caso de que observe algún peligro inusual o significativo durante el tiempo que asista al programa, notificaré de inmediato al miembro del personal de Cispus más cercano y me retiraré de la situación.

Liberación y exención de Responsabilidad: ASUMO VOLUNTARIAMENTE LA RESPONSABILIDAD TOTAL POR TODOS LOS COSTOS ASOCIADOS CON PÉRDIDAS O DAÑOS A LA PROPIEDAD Y/O LESIONES PERSONALES, INCLUYENDO LA MUERTE que pueda sostener como resultado de participar en este programa.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE LIBERAR A CISPUS LEARNING CENTER Y SUS FUNCIONARIOS, AGENTES Y EMPLEADOS DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD, reclamos, demandas, daños, acciones y causas de acción de cualquier naturaleza que surjan o estén relacionadas con cualquier pérdida, daño o lesión, incluida la muerte, que yo o mi propiedad podamos sufrir mientras participamos en un Programa Cispus, o mientras estamos en el instalaciones. Además, en caso de que Cispus, o cualquiera de sus funcionarios, agentes o empleados, deban incurrir en honorarios de abogados para hacer cumplir este acuerdo, acepto indemnizar a Cispus y/o a sus empleados por todos esos honorarios y costos.

Salud y Seguros: CERTIFICO QUE SOY LO SUFICIENTEMENTE SALUDABLE PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA. Además, certifico que he informado y continuaré informando a Cispus de cualquier cambio en mi estado de salud que pueda limitar la participación en actividades o aumentar mi riesgo de lesión. En caso de lesión, autorizo a Cispus y a sus empleados a buscar y/o brindarme atención médica razonable de acuerdo con las pólizas y procedimientos de Cispus

INFORMACIÓN E HISTORIA MÉDICA

Información General (Por Favor Escriba)

Nombre de la escuela, Grupo u Organización: _____

Nombre del Participante: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Género: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento(MM/DD/AAAA): _____

Información Médica y Proveedores de Seguros (opcional)

Nombre del médico/a primario: _____ Teléfono: _____

¿El Participante está cubierto por algún seguro médico, de salud o de hospitalización? Circule: Si No

Compañía/ Número de Póliza: _____

Historial Médico

Escriba cualquier condición física/de salud del participante (temporal o crónica):

Escriba todos los medicamentos que el participante está tomando actualmente:

Escriba todas las alergias conocidas (alimentos, insectos, medicamentos, etc.):

Condiciones de Preocupación (por favor marque todas las que aplican al participante)

- Asma *Si marca que sí, ¿tendrá el participante un inhalador consigo?* Circule: Si No
- Epilepsia y convulsiones
- Condiciones de Aprendizaje, Emocionales o de Conducta
- Diabetes
- Problemas de Espalda, Cuello o Rodillas
- Antecedentes familiares de ataques cardíacos, enfermedades, presión arterial alta u otras condiciones cardíacas
- Embarazada
- Cualquier impedimento de la Vista, el Oído o el Habla
- Cualquier otra condición o limitación que el personal de Cispus deba saber

Si marcó alguno de los anteriores, proporcione los detalles necesarios:

RECONOCIMIENTO Y FIRMAS

HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE, ENTENDIDO CLARAMENTE Y ACEPTO LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES ESTABLECIDOS EN EL DOCUMENTO PRESENTE y reconozco que este acuerdo será efectivo y vinculante para mí, mis herederos, cesionarios, representantes personales y patrimonio y para todos los miembros de mi familia. Además, certifico que toda la información proporcionada a Cispus es actual, precisa y honesta al mejor de mi conocimiento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Nombre del Participante (Por Favor Escriba): _____

Firma del Participante: _____

Fecha (MM/DD/AAAA): _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR, Si el participante es menor de 18 años.

Nombre del Padre/Tutor (Por Favor Escriba): _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha (MM/DD/AAAA): _____

LIBERACIÓN PERSONAL

Por el presente otorgo permiso al Cispus Learning Center (Cispus) y sus cesionarios y licenciatarios para tomar fotografías o videos de mí mismo, incluidas grabaciones de audio de mi voz. Doy permiso a Cispus para usar estas imágenes, videos y grabaciones, así como mi imagen y voz, de la siguiente manera:

- El uso puede incluir reproducción, distribución, trabajos derivados, exhibición y ejecución.
- El uso puede ser en formas compuestas o modificadas y en cualquier tipo de medio, ahora conocido o desarrollado posteriormente, incluidos, entre otros, periódicos, televisión, radio, la World Wide Web y plataformas de redes sociales.
- El uso puede ser para cualquier propósito en todo el mundo ya perpetuidad, incluidos, entre otros, educación, comercio, publicidad y promoción.

Además, reconozco que no seré compensado por estos usos, y que Cispus posee exclusivamente todos los derechos de las imágenes, videos y grabaciones, y de cualquier trabajo derivado creado a partir de ellos. Renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar los usos de cualquier copia impresa o electrónica. Por el presente, libero a Cispus y sus cesionarios y licenciatarios de cualquier reclamo que pueda surgir de estos usos, incluidos, entre otros, reclamos de difamación o invasión de la privacidad, o de infracción de derechos morales o derechos de publicidad o derechos de autor. Esta Liberación es vinculante para mí, mis herederos, cesionarios y patrimonio. Cispus no está obligado a utilizar ninguno de los derechos otorgados en virtud de este Comunicado. **El presente formulario de liberación expresa el completo entendimiento entre las partes en relación.**

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Nombre del Participante (Por Favor Escriba): _____

Firma del Participante: _____

Fecha (MM/DD/AAAA): _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR, Si el participante es menor de 18 años.

Nombre del Padre/Tutor (Por Favor Escriba): _____

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha (MM/DD/AAAA): _____