

**Aceptación de Riesgo / Liberación e Indemnización de Todas las Demandas / Acuerdo de No Demandar**

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Información de la Actividad	
Grupo:	Fecha(s):
Actividad:	
Descripción de la Actividad:	
Líder de la Actividad (nombre, título, y número de teléfono):	
Departamento:	

Información de el/la Participante	
Nombre:	Fecha:
Correo electrónico:	Número de teléfono:
Contacto de Emergencia (nombre y número de teléfono):	

En consideración de que se le permita participar de cualquier manera en la actividad arriba descrita (en adelante denominada la "Actividad"), yo, para mí, mis herederos, representantes personales y cesionarios, por este medio, divulgo, renuncio, y prometo no demandar al Estado de Oregón, a la Junta Directiva de la Universidad de Oregón y la Universidad de Oregón (colectivamente, en adelante, la "Universidad"), a sus funcionarios, empleados y agentes de cualquier reclamación incluyendo la negligencia de la Universidad, sus funcionarios, empleados y agentes, resultando en lesiones personales, accidentes o enfermedades (incluyendo muerte), pérdida de propiedad y daños que surjan de , pero no se limitan, a la participación en la Actividad.

Nombre del Participante (por favor escriba legible): \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Aceptación de Riesgos:** La participación en la Actividad con lleva ciertos riesgos inherentes que no pueden eliminarse independientemente del cuidado que se tome para evitar lesiones. Los riesgos específicos varían de una actividad a otra, pero los riesgos van desde (1) lesiones menores como rasguños, moretones y esguinces (2) lesiones graves como lesiones oculares o pérdida de la vista, lesiones en las articulaciones o en la espalda, ataques cardíacos, y conmociones cerebrales, (3) picaduras de insectos, parásitos y otras enfermedades, a (4) lesiones catastróficas incluyendo parálisis y muerte.

He leído los párrafos anteriores y sé, entiendo y aprecio estos y otros riesgos inherentes a la Actividad. Afirmando por este medio que mi participación en la Actividad es voluntaria y que asumo conscientemente todos esos riesgos.

**Aceptación de Riesgo / Liberación e Indemnización de Todas las Demandas / Acuerdo de No Demandar**

**Indemnización y Mantenimiento Inofensivo:** También acepto INDEMNIZAR, DEFENDER Y SOSTENER a la Universidad y a sus funcionarios, empleados y agentes EXONERADOS de todas las reclamaciones, acciones, demandas, procedimientos, costos, gastos, daños y responsabilidades, incluyendo honorarios de abogado como resultado de mi participación en la Actividad y para reembolsarlos por los gastos incurridos.

**Autorización de Tratamiento Médico:** Entiendo que puede desarrollarse una emergencia que requiera la administración de atención médica. En caso de lesión o enfermedad, autorizo a la Universidad a asegurar el tratamiento apropiado incluyendo la administración de un anestésico y cirugía. Entiendo que tal tratamiento será únicamente a costo mío. No obstante este párrafo, entiendo y estoy de acuerdo en que la Universidad no tiene ninguna obligación de proporcionar o buscar cualquier tratamiento médico para mí.

**Divisibilidad:** El abajo firmante también acepta expresamente que el acuerdo anterior de renuncia y asunción de riesgos tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como está permitido por la ley del Estado de Oregón y que si cualquier parte del mismo se considera inválida, no obstante, seguirá vigente en pleno vigor y efecto.

**Reconocimiento de Entendimiento:** He leído esta renuncia de responsabilidad, asunción de riesgo y acuerdo de indemnización, entiendo completamente sus términos y entiendo que estoy renunciando a derechos sustanciales, incluyendo mi derecho a demandar. Reconozco que estoy firmando el acuerdo de forma libre y voluntaria, y pretendo por mi firma ser una liberación total e incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por la ley.

**POR FAVOR LEA TODO EL ACUERDO ANTES DE FIRMAR.**

Nombre del Participante (por favor escriba legible): \_\_\_\_\_

Firma del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*\*SI EL/LA PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, UN PADRE O TUTOR LEGAL DEBE ACEPTAR LAS CLÁUSULAS ANTERIORES Y FIRMAR ABAJO.\*\*\***

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL (por favor escriba legible): \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_