

## Programas escolares: Formulario de Liberación e Información del participante

Cada participante del programa debe presentar este formulario antes de participar en un programa escolar del NCI. Tome unos minutos para rellenar este formulario y firmar el comunicado de la página 3.

El participante es un: Estudiante \_\_\_\_\_ Maestro/a \_\_\_\_\_ Ayudante \_\_\_\_\_ Chaperon \_\_\_\_\_ Administrativo \_\_\_\_\_ Visitante de día \_\_\_\_\_

Fecha(s) del programa \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Nombre del maestro/a \_\_\_\_\_

|  |  |                          |         |
|--|--|--------------------------|---------|
| Nombre del participante (Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)   |  | Fecha de nacimiento      | Género  |
| Dirección de correo  |  | Ciudad                   | Estado  |
|  |  | Código postal            | Condado |
| Teléfono de casa ( )   |  | Correo electrónico       |         |
| Número celular ( )   |  |                          |         |
| Teléfono del trabajo ( )   |  |                          |         |
| <b>CONTACTOS DE EMERGENCIA</b>   |  |                          |         |
| Proporcione contactos que no estén en el sitio del programa.   |  |                          |         |
| Nombre del contacto  |  | Relación al participante |         |
| Teléfono del trabajo ( )   |  | Número celular ( )       |         |
| Teléfono de casa ( )   |  | Correo electrónico       |         |
| Nombre del contacto  |  | Relación al participante |         |
| Teléfono del trabajo ( )   |  | Número celular ( )       |         |
| Teléfono de casa ( )   |  | Correo electrónico       |         |
| <b>INFORMACIÓN DE SALUD</b>  |  |                          |         |
| La información que usted proporcione será crítica para los intervinientes médicos de emergencia en caso de que usted se enferme o se lesione.<br>Toda la información personal será estrictamente confidencial.<br>(El campus del Centro de aprendizaje y la mayoría de los sitios del programa están a más de una hora de la atención médica definitiva.)  |  |                          |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Describa cualquier condición médica grave que haya experimentado, los medicamentos que esté tomando o cualquier alergia que tenga.</li> <li>Incluya cualquier información médica o historial médico que pueda ayudar a los respondedores médicos de emergencia.</li> <li>¿Lleva un epi-pen, un inhalador o tiene un dispositivo médico implantado? _____</li> <li><b>Al listar sus condiciones médicas, está dando su consentimiento al NCI para que proporcione esa información médica confidencial al personal y a los que respondedores que tienen una necesidad razonable de conocer la información para proporcionar asistencia médica de emergencia.</b></li> </ul> |  |                          |         |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>  |  |                          |         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Para los programas con comidas proporcionadas:</b> ¿Tiene alguna restricción alimenticia (por ejemplo, alergias alimentarias, vegetariana, vegana, sin gluten)?</li> <li>En caso que sí, describa la gravedad. (es decir: preferencia, alergia o potencialmente mortal)</li> <li><b>Al listar sus restricciones alimenticias, usted está dando su consentimiento para que el NCI proporcione esa información al personal que tiene una necesidad razonable de conocer la información para sí acomodarlo.</b></li> </ul>  |  |                          |         |
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>  |  |                          |         |

## TOMA DE RIESGO Y ACUERDOS DE LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN

Entiendo que yo (o mi hijo) participaré en actividades proporcionadas por North Cascades Institute, una corporación sin fines de lucro de Washington, y sus directores, empleados, voluntarios, agentes, asociados y contratistas independientes (“NCI por sus siglas en inglés”). Se me ha descrito la actividad en la que yo (o mi hijo) participaré y el personal del NCI ha estado disponible para responder mis preguntas.

**Reconozco que las actividades del NCI implican riesgos conocidos e inherentes, así como riesgos desconocidos/imprevistos.** Los riesgos inherentes pueden incluir aquellos que normalmente están asociados con actividad física moderada a vigorosa en terrenos de gran altitud o en zonas silvestres. Las actividades pueden ocurrir en lugares remotos donde la comunicación puede ser difícil y la atención médica se retrasa significativamente. El viaje puede ser en canoa, kayak, lancha motora, automóvil, van, autobús o a pie, sobre terreno impredecible fuera del sendero, incluyendo campos de piedras grandes, madera caída, ríos, rápidos, cruces de ríos, pasos de montaña, nieve y hielo, caminos empinados, piedras resbaladizas, glaciares escarpados, mareas y corrientes oceánicas, olas y arrecifes. Las actividades pueden incluir senderismo, excursionismo, montañismo, piragüismo, kayak, cocinar con estufas y trabajar con herramientas afiladas. Entiendo que los viajes y las actividades al aire libre estarán sujetos a fuerzas impredecibles de la naturaleza (puede causar un retraso en la salida) incluyendo el tiempo extremo, caída de piedras, avalanchas, relámpagos, incendios forestales y terremotos, insectos, serpientes y animales salvajes, incluyendo depredadores cuyo comportamiento no puede ser predicho, todos los cuales pueden causar daño serio. Los participantes pueden estar expuestos a enfermedades infecciosas, virus contagiosos, agua contaminada; el equipo puede fallar o funcionar mal a pesar del mantenimiento y uso razonables; pueden ocurrir errores de juicio o negligencia, por instructores, co-participantes o yo mismo. Los riesgos, y peligros anteriores pueden dar lugar a una variedad de enfermedades y lesiones incluyendo, pero no limitado a, hipotermia, congelación, enfermedades de altura, ataques de calor, agotamiento por calor, deshidratación y sufrimiento de torceduras, fracturas, lesiones cerebrales traumáticas, inmersión en agua fría, ahogamiento y otros traumas, incluyendo enfermedad, infección, angustia mental, discapacidad, enfermedad, o incluso la muerte.

Estoy expresamente de acuerdo y prometo aceptar y asumir todos los riesgos existentes en la actividad del NCI para la cual estoy (o mi hijo está) participando, incluyendo, pero no limitado a, los mencionados arriba. La participación en esta actividad es puramente voluntaria, y la participación es elegida a pesar de los riesgos. También renuncio voluntariamente a cualquier derecho a la recuperación, liberación, descarga para siempre y estoy de acuerdo en indemnizar y eximir de responsabilidad al NCI, sus directores, fideicomisarios, personal, empleados, voluntarios, agentes, asociados y contratistas independientes (“Partes en la liberación”) de cualquiera y todas las reclamaciones, incluidas las reclamaciones por lesiones corporales, enfermedades, y muerte, demandas o causas de acción que están en cualquier forma relacionadas con mi (o la de mi hijo) participación en esta actividad o el uso del equipo o instalaciones del NCI, incluyendo todas las reclamaciones que alegan actos u omisiones negligentes del NCI en la mayor medida permitida por la ley. **Aquí presente, acepto indemnizar al NCI y a todas las partes liberadas de cualquier reclamación que yo o mis herederos o sobrevivientes hagan por cualquier lesión o pérdida que yo (o mi hijo) pueda sufrir y que surja de cualquier manera fuera de la actividad. Además, indemnizo al NCI y a todas las partes liberadas de cualquier reclamación que pueda ser presentada por un co-participante que surja de cualquier manera de mi conducta (o la de mi hijo) o como resultado de mi participación (o la de mi hijo).**

Las siguientes disposiciones se aplican a todas las actividades del NCI, dondequiera que ocurran:

- **Yo (o mi hijo) tengo en general buena salud y sin ninguna condición médica o física que pudiera interferir con la participación en la actividad del NCI o interferir con mi salud o seguridad (o la de mi hijo) o la seguridad de cualquier otro participante.** Certifico que tengo seguro para cubrir cualquier lesión o daño que yo (o mi hijo) pueda causar o sufrir mientras participo, de lo contrario, estoy de acuerdo en asumir los costos de dicha lesión o daño, incluyendo el costo de cualquier evacuación y atención médica. Doy mi consentimiento para que el NCI proporcione información confidencial sobre el cuidado de la salud al personal y/o al personal médico de emergencia con una necesidad razonable de conocer dicha información con el propósito de acomodarme o prestar ayuda a mí (o a mi hijo).
- Autorizo y doy mi consentimiento para que el NCI, el Servicio de Parques Nacionales (NPS), el Servicio Forestal (FS) o sus agentes, tomen fotografías, video, y audio de mi participación (o la de mi hijo) en sus programas, y al uso y publicación sin restricciones del nombre mio (o el de mi hijo) y de esas fotos, videos o audio para promover las actividades del NCI, NPS o FS. El mismo permiso de uso se aplica a cualquier foto, video o audio proporcionado al NCI por mi hijo o yo.

- Estoy de acuerdo en que en el caso de que deba presentar una reclamación contra el NCI o cualquier parte liberada, dicha reclamación o demanda se presentará ante la Corte Superior del Estado de Washington, para el Condado de Skagit, y que la ley sustantiva de Washington (y no sólo las reglas de conflicto de leyes) en lugar de la ley de cualquier otro estado o jurisdicción se aplicará en cualquier acción legal que involucre la interpretación, validez y/o aplicabilidad de este acuerdo, y que cualquier acción legal resultante de mi participación en esta actividad sólo se interpondrá ante el citado Tribunal Superior.
- Acepto que, en caso de que alguna parte de este acuerdo se considere no válida o no aplicable, todas las demás partes de este acuerdo permanecerán en pleno vigor y surtirán efecto.

**Al firmar este documento, reconozco que he tenido la oportunidad suficiente de leer todo este documento y que lo he revisado de forma independiente. Reconozco que este documento es un contrato y no un simple recital y que permanecerá en vigor para todos los programas patrocinados por el NCI en los que participo. Lo he leído y entendido, y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos. Cualquier forma de firma será tratada como un original, incluyendo todas las imágenes electrónicas o digitales, por fax o escaneadas, u otras formas de firma autorizadas por la ley.**

Firma del participante \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Edad del participante \_\_\_\_ o \_\_\_\_ (Marque aquí si tiene 18 años o más en la fecha que empezó la actividad) Fecha \_\_\_\_\_

Guardián legal de parte del participante menor (Menor de 18) \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

North Cascades Institute admite estudiantes y participantes de cualquier raza, color, origen nacional y étnico, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, Estado civil o militar, edad, discapacidad sensorial, física o mental o cualquier otra condición legalmente protegida de todos los derechos, privilegios, programas y actividades generalmente acordados o disponibles para los estudiantes y participantes en el Instituto. El Instituto no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil o militar, edad, discapacidad sensorial, física o mental, información genética o cualquier otra base prohibida por la ley en la administración de sus políticas educativas, políticas de admisión, programas de becas y préstamos, y otros programas administrados.