



NORTH CASCADES INSTITUTE

Mountain School: INFORMACIÓN DE PARTICIPANTE Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Todo estudiante, maestro/a y chaperones deben someter este documento antes de participar en los programas de Mountain School. Por favor tome un momento para completar este documento y firmar en la página 2.

Participante es un: (circule uno) Estudiante Maestro/a Chaperón/a Fecha(s) del Programa (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Nombre de Maestro/a \_\_\_\_\_

Form fields: Nombre de Participante (Apellido, primer nombre, inicial), Fecha de Nacimiento (mes/día/año), Sexo

Form fields: Correo Postal, Ciudad, Condado, Estado, Zip

Form fields: Teléfono de Hogar, Teléfono Celular, Teléfono de Trabajo, Correo Electrónico

CONTACTOS DE EMERGENCIA
Por favor provea contactos que no estén en el mismo lugar donde ocurren los programas (fuera del Environmental Learning Center).

Form fields: Nombre de Contacto, Relación a Participante

Form fields: Teléfono de Hogar, Teléfono Celular, Teléfono de Trabajo, Correo Electrónico

Form fields: Nombre de Contacto, Relación a Participante

Form fields: Teléfono de Hogar, Teléfono Celular, Teléfono de Trabajo, Correo Electrónico

INFORMACION DE SALUD
La información que usted provea aquí puede ser crucial para los servicios de emergencia médica en caso de que usted se enferme o lastime. Toda información personal que provea aquí será estrictamente confidencial. (El Environmental Learning Center está ubicado a mas de una hora de atención médica definitiva.)

Por favor describa cualquier condición médica que usted esté padeciendo, medicamentos que esté tomando, o cualquier alergias que tenga. Por favor incluya cualquier información médica o historial médico que pudiese ayudar a médicos de emergencia.

Al listar sus condiciones médicas, usted está dando su consentimiento para que NCI conceda esta información confidencial de cuidado de salud para el personal y / o personal médico de emergencia con razonable necesidad de conocer dicha información para fines de acomodarme o prestarme ayuda.

Blank lines for medical condition description.

Para programas con comidas proveídas: Usted tiene alguna(s) restricción o preferencia alimentaria (alergia a ciertos alimentos, dieta vegetariana, dieta vegana, etc.)? Si la contestación es Sí, por favor describa abajo. Al listar sus restricciones alimentarias, usted está dando su consentimiento a North Cascades Institute a proveer esta información, incluyendo información médica confidencial, a nuestro personal que necesite esta información para poder acomodar sus necesidades. Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Blank lines for food restrictions.

# ASUNCION DE RIESGO Y ACUERDO DE RELEVO E INDEMNIZACION

Yo entiendo que estaré participando de actividades proveídas por North Cascades Institute, una organización sin fines de lucro en Washington State, y sus directores, empleados, voluntarios, agentes, asociados y contratistas independientes ("NCI"). La actividad de la cual estaré participando ha sido descrita para mí y el personal de NCI ha estado disponible para contestar mis preguntas.

**Yo reconozco que las actividades de NCI implican riesgos conocidos e inherentes, así como también riesgos desconocidos e imprevistos.** Riesgos inherentes pueden incluir aquellos ordinariamente asociados con actividad física moderada a vigorosa en lugares de altitud elevada o terrenos naturales. Actividades pueden ocurrir en lugares remotos donde la comunicación puede ser difícil y atención médica puede ser retrasada considerablemente. Recorridos pueden ser mediante canoa, kayak, lancha, automóvil, camioneta, autobús o a pié, sobre terrenos irregulares, fuera de veredas, incluyendo terrenos de roca, árboles caídos, ríos, corrientes, montañas, hielo y nieve, pendientes inclinadas, rocas resbalosas, grietas profundas en glaciares, mareas y corrientes del mar, olas y arrecifes. Actividades pueden incluir senderismo, viaje con mochila, alpinismo, piragüismo, cocina con estufas y trabajo con herramientas afiladas. Yo entiendo que tanto los recorridos como las actividades al aire libre están sujetas a las fuerzas impredecibles de la naturaleza incluyendo mal tiempo, rocas cayendo, avalancha, relámpago, fuegos y terremotos, insectos, serpientes, animales salvajes incluyendo depredadores. (puede causar un retraso en la partida) Participantes pueden ser expuestos a animales que pueden causar daño y cuyo comportamiento puede ser impredecible. Participantes pueden estar expuestos a aguas contaminadas; equipo puede fallar a pesar de mantenimiento razonable y uso; errores de juicio o negligencia pueden ocurrir por parte de instructores, otros participantes, o por mí mismo/a. Los riesgos y peligros anteriores pueden resultar en una variedad de enfermedades y lesiones incluyendo, pero no limitado a, hipotermia, congelación, mal de altura, golpe de calor, agotamiento por calor, deshidratación, esguince, fracturas, lesión cerebral traumática, inmersión en agua fría, ahogo y otros trauma incluyendo enfermedad, angustia mental, discapacidad, o hasta muerte.

**Yo expresamente acuerdo y prometo aceptar y asumir todos los riesgos existentes en las actividades de NCI en las cuales estaré participando, incluyendo, pero no limitado a, los enumerados anteriormente.**

Mi participación en esta actividad es totalmente voluntaria, y yo elijo participar a pesar de los riesgos. También renuncio voluntariamente por este medio a cualquier derecho de recuperación, liberación, por siempre descargo y estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemne a NCI, sus directores, administradores, personal, empleados, voluntarios, agentes, asociados y contratistas independientes ("Partes Liberadas") de cualquier y toda reclamación, incluidas las reclamaciones por lesiones corporales y muerte, demandas o causas de acción que están relacionados de alguna manera con mi participación en esta actividad o el uso de equipos o instalaciones, incluyendo todas las reclamaciones que alegan actos negligentes u omisiones del NCI. **Por la presente yo estoy de acuerdo en indemnizar a NCI y a todas las Partes Liberadas de cualquier reclamo hecho por mí o mis herederos o sobrevivientes a causa de cualquier daño o pérdida que pueda sufrir surgiendo de cualquier manera de la actividad. Indemnizo a NCI y todas las Partes Liberadas de cualquier reclamación que pudiera ser llevado por otro participante surgiendo de cualquier manera de mi conducta.**

Las siguientes disposiciones se aplican a todas las actividades de NCI, siempre que se presenten:

- **Estoy en buen estado de salud y no tengo ningún problema médico o físico que pudiera interferir con mi participación en la actividad de NCI o interferir con mi salud o seguridad, o la seguridad de cualquier otro participante.** Certifico que tengo seguro para cubrir cualquier lesión o daño que pudiera causar o sufrir durante mi participación, o bien estoy de acuerdo en asumir los costes de tales lesiones o daños, incluyendo el costo de cualquier evacuación y atención médica. Doy mi consentimiento para que NCI conceda información confidencial de cuidado de salud para el personal y / o personal médico de emergencia con razonable necesidad de conocer dicha información para fines de acomodarme o prestarme ayuda.
- Autorizo y doy consentimiento a NCI, Servicio de Parques Nacionales (NPS), Servicio Forestal (FS), o sus agentes, a tomar fotografías y películas de vídeo de mi participación en sus programas, y para el uso sin restricciones y la publicación de mi nombre en fotos o vídeos para promover las actividades de NCI, NPS o FS.
- Estoy de acuerdo en que, en caso que debería tener cualquier reclamación contra NCI o las Partes Liberadas, dicha reclamación o demanda se llevarán ante la Corte Superior del Estado de Washington, por el condado de Skagit, y que la ley sustantiva de Washington (y no sólo los conflictos de leyes) en lugar de la ley de cualquier otro estado o jurisdicción se aplicará en cualquier acción legal que implica la interpretación, validez y / o aplicabilidad de este acuerdo, y que cualquier acción legal resultante de mi participación en esta actividad sólo se interpondrán en la antes mencionada Corte Superior.
- Estoy de acuerdo que en el caso de que alguna parte de este acuerdo es considerada inválida o no ejecutable, todas las demás partes de este Acuerdo permanecerá en pleno vigor y efecto.

**Al firmar este documento, reconozco que he tenido suficiente oportunidad para leer todo el documento y tenerlo revisado de forma independiente. Reconozco que este documento es un contrato y no meramente declarativo y permanecerá en vigor para todos los programas patrocinados por NCI en los que participe. Lo he leído y entendido, y estoy de acuerdo en estar obligado/a por sus términos.**

Firma de Participante \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Edad de Participante \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ (marque si tendrá 18 años de edad en la fecha de la actividad) Fecha \_\_\_\_\_

Firma de Padre (si es menor de 18) \_\_\_\_\_ Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

North Cascades Institute admite a estudiantes y participantes de cualquier raza, color, origen nacional o étnico, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado militar o civil, edad, discapacidad sensorial, física o mental o cualquier otro estatus protegido legalmente a todos los derechos, privilegios, programas y actividades generalmente acordadas o disponibles a los estudiantes y participantes del instituto. NCI no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado militar o civil, edad, discapacidad sensorial, física o mental, información genética o cualquier otra razón prohibida por la ley en administración de sus políticas educativas, políticas de admisión, programas de becas y préstamos y otros programas administrados.