HALLECK CREEK RANCH
Breaking Barriers Since 1977

Formulario de inscripción de participantes

Información del participante:

Fecha _____ Fecha de nacimiento _____

_____

Apellido Nombre

Pronombre preferido: ☐ Ella ☐ El ☐ Elle ☐Otro: _____

Etnicidad (marque lo que corresponda):
☐Asiática ☐Negra/africana ☐Caucásica/Blanca ☐Hispana/Latina ☐ Nativa Americana
☐Isleña del Pacifico ☐ Prefiero no responder ☐Otra _____

_____

Dirección Ciudad Estado Código postal

_____

Teléfono de casa Teléfono del trabajo Teléfono celular

_____

Correo electrónico

Información del padre/madre/ tutor legal (si es aplicable)

_____

Apellido Nombre

_____

Dirección Ciudad Estado Código postal

_____

Teléfono de casa Teléfono del trabajo Teléfono celular

_____

Correo electrónico

HALLECK CREEK RANCH
Breaking Barriers Since 1977

Formulario de autorización médica de Halleck Creek Ranch

Apellido Nombre

Mientras el MENOR/ADULTO esté asistiendo o viajando hacia o desde Halleck Creek Ranch, POR EL PRESENTE AUTORIZO AL LÍDER VOLUNTARIO ADULTO DE HALLECK CREEK RANCH O AL MIEMBRO DEL PERSONAL DE HALLECK CREEK RANCH, o en su ausencia o incapacidad, a cualquier adulto que lo acompañe o asista, A CONSENTIR AL SIGUIENTE TRATAMIENTO MÉDICO PARA DICHO MENOR:

Cualquier examen radiológico, diagnóstico, tratamiento anestésico o quirúrgico y atención hospitalaria que se considere aconsejable y deba realizarse bajo la supervisión general o especial de cualquier médico y/o cirujano autorizado conforme a las disposiciones de la Ley de Prácticas Médicas, Código de Negocios y Profesiones de California, Sección 2000 y siguientes; o cualquier radiografía, examen anestésico, diagnóstico o tratamiento dental o quirúrgico y atención hospitalaria que deba brindar un dentista autorizado según las disposiciones de la Ley de Prácticas Dentales, Código de Negocios y Profesiones de California, Sección 1600 y siguientes .

Esta autorización se otorga de conformidad con lo dispuesto en la Sección 25.8 del Código Civil de California. Esta autorización permanecerá hasta que mi hijo complete sus actividades en este programa, a menos que sea revocada antes por escrito. Entiendo que, como padre/madre/tutor legal, seré responsable del costo de cualquier servicio o tratamiento proporcionado que no esté cubierto por el Programa de seguro contra accidentes/enfermedades de Halleck Creek Ranch.

Autorización, Consentimiento y Liberación

Por la presente certifico que mi hijo y yo gozamos de buena salud, podemos viajar y participar en todas las actividades de Halleck Creek Ranch. Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada la información de este formulario (incluido el estado de salud del padre/madre/tutor legal) comunicándome con Halleck Creek Ranch.

Firma del padre/madre/tutor legal/ participante /voluntario (mayor de 18 años) Fecha

(_____)_____ (_____)_____

CONTACTO DE EMERGENCIA (nombre) **CONTACTO DE EMERGENCIA (número de teléfono)**

Dirección del participante / voluntario Ciudad Estado Código postal

No consentimiento

Yo no deseo firmar esta autorización y entiendo que esto prohibirá que mi hijo reciba atención medica no amenazante para la vida en caso de un accidente o enfermedad.

Firma del padre/madre/tutor legal/ participante /voluntario (mayor de 18 años) Fecha

Halleck Creek Ranch y la Ley de Prácticas de Información del Estado de California de 1977 requieren que se proporcione la siguiente información al recopilar información personal de usted: La información ingresada en este formulario se recopila bajo la autoridad de la Ley Smith-Lever. El envío de los datos médicos es voluntario. Sin embargo, se requiere una firma en una u otras dos líneas de firma anteriores. No proporcionar la información médica y la autorización puede resultar en nuestra incapacidad para proporcionar el tratamiento médico necesario. Usted tiene derecho a revisar los registros de Halleck Creek Ranch que contienen información personal sobre usted o su hijo, con ciertas excepciones según lo establecido en la política y el estatuto. Solo los registros de su propio hijo están abiertos a su revisión.

HALLECK CREEK RANCH
Breaking Barriers Since 1977

Información del historial médico

Apellido Nombre Fecha de nacimiento

Propenso a:	Sí	No	Tiene o ha tenido	Sí	No
Resfriados			Problemas del corazón		
Dolor de garganta			Asma		
Desmayos			Problemas en los pulmones		
Bronquitis			Problemas de sinusitis		
Convulsiones			Hernia (ruptura)		
Calambres			Apendicitis		
Alergias			¿Le han quitado el apéndice?		
¿Usa lentes correctivos?			¿Camina mientras duerme?		
¿Escucha bien?					
¿Actualmente está bajo tratamiento médico?					
¿Tiene antecedentes de trastornos de conducta, trastornos emocionales o cambios bruscos de su estado de ánimo?					
¿Ha estado bajo tratamiento psiquiátrico en los últimos 5 años?					

Fecha de la última vacuna de tétano: _____

Por favor verifique los medicamentos de venta libre que se pueden administrar:

○Tylenol ○Ibuprofeno ○Jarabe para la tos ○Descongestionante ○Benadryl ○Antiácido ○Polisporina ○Hidrocortisona ○Dramamine ○Tecnu

Por favor describa cualquier alergia, incluyendo alergias a comidas, medicinas y reacción a medicamentos:

_____

Por favor escriba cualquier discapacidad o trastorno que pueda afectar la participación en los eventos de Halleck Creek Ranch (p. ej.: vista, audición, habla, parálisis, diabetes, úlcera, etc.):

_____

Por favor enumere los medicamentos que toma actualmente:

Nombre de la medicina	Dosis	Cuántas veces lo toma

HALLECK CREEK RANCH
Breaking Barriers Since 1977

Participante de HCR:

Los siguientes formularios deben ser completados por su médico de atención primaria. Por favor pídale que complete y nos devuelva estos formularios de manera oportuna. Su participación en RHC depende de que los complete y devuelva.

Gracias,

Molly Scannell
Directora Ejecutiva
Halleck Creek Ranch

HALLECK CREEK RANCH
Breaking Barriers Since 1977

Date: _____

Dear Health Care Provider:

Your patient

_____

(participant's name)

is interested in participating in supervised equine activities.

In order to safely provide this service, our center requests that you complete/update the attached Medical History and Physician's Statement Form. Please note that the following conditions may suggest precautions and contraindications to equine activities. Therefore, when completing this form, please note whether these conditions are present, and to what degree.

Orthopedic
- Atlantoaxial Instability - include neurologic symptoms
- Coxarthrosis
- Cranial Defects
- Heterotopic Ossification/Myositis Ossificans
- Joint subluxation/dislocation
- Osteoporosis
- Pathologic Fractures
- Spinal Joint Fusion/Fixation
- Spinal Joint Instability/Abnormalities

Other
- Age - under 4 years
- Indwelling Catheters/Medical Equipment
- Medications - e.g., Photosensitivity
- Poor Endurance
- Skin Breakdown

Medical/Psychological
- Medical Instability
- Allergies
- Animal Abuse
- Cardiac Condition
- Physical/Sexual/Emotional Abuse
- Blood Pressure Control
- Dangerous to Self or Others
- Exacerbations of Medical Conditions (e.g., RA, MS)
- Fire Setting
- Hemophilia
- Migraines
- PVD
- Respiratory Compromise
- Recent Surgeries
- Substance Abuse
- Thought Control Disorders
- Weight Control Disorder

Neurologic
- Hydrocephalus/Shunt
- Seizure
- Spina Bifida/Chiari II Malformation/ Tethered Coed/Hydromyelia

Thank you very much for your assistance. If you have any questions or concerns regarding this patient's participation in equine-assisted activities, please feel free to contact me at the phone number indicated below.

Sincerely,

Molly Scannell, Executive Director
Halleck Creek Ranch
(415)662-2488 PH
https://halleckcreekranch.org

HALLECK CREEK RANCH
Breaking Barriers Since 1977

Participant's Medical History & Physician's Statement

To be completed by participant's physician/primary care provider:

Participant: _____ DOB: _____ Height: _____ Weight: _____

Address: _____

Diagnosis: _____ Date of Onset: _____

Past/Prospective Surgeries: _____

Medications: _____

Seizure Type: _____ Controlled: Y N Date of Last Seizure: _____

Shunt Present: Y N Date of last revision: _____

Special Precautions/Needs: _____

_____

Mobility: Independent Ambulation Y N Assisted Ambulation Y N Wheelchair Y N

Braces/Assistive Devices: _____

For those with Down syndrome: Neurologic Symptoms of Atlantoaxial Instability: ❑ Present ❑ Absent

Please indicate current or past special needs in the following systems/areas, including surgeries. These conditions may suggest precautions and contraindications to equine activities.

	Y	N	Details
Auditory			
Visual			
Tactile Sensation			
Speech			
Cardiac			
Circulatory			
Integumentary/Skin			
Immunity			
Pulmonary			
Neurologic			
Muscular			
Balance			
Orthopedic			
Allergies			
Learning Disability			
Cognitive			
Emotional/Psychological			
Pain			
Other			

Given the above diagnosis and medical information, this person is not medically precluded from participation in equine-assisted activities and/or therapies. I understand that the PATH Intl. Center will weigh the medical information given against the existing precautions and contraindications. Therefore, I refer this person to the PATH Intl. Center for ongoing evaluation to determine eligibility for participation.

Name/Title: _____ MD DO NP PA Other _____

Signature: _____ Date: _____

Address: _____

Phone: (____) _____ License/UPIN Number: _____

HALLECK CREEK RANCH
Breaking Barriers Since 1977

Manual de políticas y prácticas

Al firmar a continuación, estoy verificando que he recibido una copia del manual que contiene las políticas y prácticas de Halleck Creek Ranch. Entiendo que es mi responsabilidad leer y revisar este documento antes de firmar a continuación.

Si por alguna razón quiero quedarme con una copia, me aseguraré de pedir la copia digital o impresa al personal de Halleck Creek Ranch .

_____

Nombre del participante

_____

Firma del participante/padre/madre/tutor legal Fecha

HALLECK CREEK RANCH
Breaking Barriers Since 1977

Protocolos y prácticas de seguridad de HCR en caso de COVID-19

Al firmar a continuación, estoy verificando que he recibido una copia de los Protocolos y prácticas de seguridad HCR en caso de COVID-19, que contiene las políticas y prácticas de Halleck Creek Ranch en respuesta a la pandemia de COVID-19. Entiendo que es mi responsabilidad leer y revisar este documento antes de firmarlo a continuación.

Si por alguna razón quiero quedarme con una copia, me aseguraré de pedir al personal de Halleck Creek Ranch otra copia digital o impresa.

_____
Nombre

_____ _____
Firma Fecha

COVID-19 vacunación:

Complete esta sección en lo que corresponda al participante.

_____ Participante está vacunado y ha recibido:

_____ 1 vacuna _____2 vacuna _____1 refuerzo _____2 refuerzo

_____ Participante no está vacunado, y:

Planea vacunarse: _____Sí _____No

Participante estará completamente vacunado (fecha): _____

HALLECK CREEK RANCH
Breaking Barriers Since 1977

Código de conducta y autorización de fotografías

Código de conducta

Las siguientes pautas están diseñadas para que la experiencia en Halleck Creek Ranch (HCR) sea satisfactoria para todos los asistentes. Esto significa que todos los participantes, miembros, voluntarios y personal de HCR deben adherirse a los valores fundamentales de HCR y respetar los derechos individuales, la seguridad y la propiedad de los demás.

1) Se prohíbe la posesión y el uso de bebidas alcohólicas, productos de tabaco o marihuana y drogas.

2) Se prohíbe la manipulación de extintores de incendios u otros equipos de emergencia.

3) El lenguaje obsceno y discriminatorio, la rudeza y la insubordinación no serán tolerados en ningún momento.

4) Todos los participantes, miembros, voluntarios y el personal de HCR demostrarán respeto mutuo en todo momento.

Al asistir a eventos nocturnos también se aplica lo siguiente:

5) Ningún participante, miembro, voluntario y personal de HCR puede abandonar el recinto a menos que se obtenga el permiso del personal de HCR a cargo.

6) Todos los participantes, miembros, voluntarios y personal de HCR deberán cumplir con todas las demás reglas del evento.

Autorización de fotografías *(Marque una opción)*

○ SÍ ○ NO

Otorgo a HCR, sus agentes y cesionarios, permiso ilimitado para derechos de autor, usar, publicar y volver a publicar con fines publicitarios, de relaciones públicas, comerciales o cualquier otro uso legal, información sobre mí, reproducción de mi imagen (fotográfica o de otro tipo) y mi voz, ya sea que esté relacionada o no con cualquier afiliación con HCR, con o sin mi nombre. Por el presente renuncio a cualquier derecho que yo (y el menor) pueda tener de inspeccionar o aprobar la copia y/o el producto o productos terminados que puedan utilizarse en relación con los mismos o el uso al que puedan aplicarse.

Al firmar y fechar este documento, el participante certifica que ha leído, entendido y aceptado los términos del Código de conducta y autorización de fotografías de HCR.

_____

Firma del participante Fecha

_____

Firma del padre/madre/tutor legal (participantes menores) Fecha

HALLECK CREEK RANCH
Breaking Barriers Since 1977

Aceptación de riesgos, acuerdo de exoneración de responsabilidade indemnización

Nombre de Voluntario, padres, tutores legales (“Participante”): _____

Participantes menores nombre y fecha de nacimiento: _____

LEA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR

AL FIRMAR ESTE ACUERDO, USTED RENUNCIA A CIERTOS DERECHOS LEGALES, INCLUIDO EL DERECHO A RECUPERAR DAÑOS EN CASO DE LESIONES GRAVES, MUERTE O DAÑOS A LA PROPIEDAD QUE RESULTEN DE LA PARTICIPACIÓN COMO VOLUNTARIO O JINETE EN HALLECK CREEK RANCH.

Este Acuerdo de aceptación de riesgos, exoneración de responsabilidad e indemnización es celebrado por el abajo firmante, como Participante, a favor de Halleck Creek Ranch, una corporación de California ("HCR"), y sus agentes, empleados, funcionarios, directores, y STEVEN SAARMAN y LIESE KEON (los propietarios de los bienes inmuebles en los que se encuentran algunos de los programas de equitación de HCR) (colectivamente, "partes exoneradas") involucradas en la realización de sus programas de equitación, operaciones, proyectos de rancho, y actividades asociadas ("programas, proyectos y actividades de HCR"). En consideración a que las partes exoneradas me permitan participar como Participante o Voluntario ayudando en programas, proyectos y actividades de HCR, incluido el manejo, cuidado y equitación de caballos y estando en las proximidades de dichas actividades con caballos, yo, la persona mencionada anteriormente, y el padre, madre o tutor legal de la misma de un menor/pupilo, reconocen y acuerdan lo siguiente:

1. RECONOCIMIENTO Y ACEPTACION DE RIESGOS

1.1. ACTIVIDADES PELIGROSAS:El Participante abajo firmante RECONOCE que manejar, cuidar, montar, guiar, caminar de lado, entrenar, estar cerca de caballos, participar en operaciones y actividades de ranchos de caballos, son ACTIVIDADES INHERENTEMENTE PELIGROSAS. Estoy participando voluntariamente, y si corresponde, estoy permitiendo voluntariamente que el menor/pupilo participe en tales actividades y esté cerca de dichas actividades, con pleno conocimiento de los peligros involucrados. Los caballos son animales poderosos, fáciles de asustar, impredecibles y potencialmente incontrolables. Todos los caballos, incluso aquellos que están bien entrenados y parecen tranquilos y dóciles, pueden alterarse; deteniéndose en seco, cambiando de dirección o velocidad a voluntad, tímidos, asustados, pateando, golpeando, mordiendo y huyendo, todo sin previo aviso y sin causa aparente, o en respuesta al viento, sonidos, movimiento de personas, automóviles, bicicletas, otras maquinarias, otros animales u objetos inanimados que puedan inducir miedo, pánico, ira o acciones reflejas en el caballo. Soy consciente y entiendo que las lesiones corporales permanentes graves, la discapacidad o la muerte de mí mismo, o de otras personas dentro de las proximidades de los caballos, pueden ser el resultado del manejo, el cuidado, la equitación, la conducción, las caminatas laterales, el entrenamiento de caballos o estar cerca de los caballos y participar en las operaciones del rancho de caballos y actividades en que los caballos

o la propiedad pertenezca a mi o a otros, puedan según corresponda, morir, lesionarse o dañarse.

POR LA PRESENTE ACEPTO Y ASUMO TODOS Y CADA UNO DE LOS RIESGOS DE LESIONES, DISCAPACIDADES, ENFERMEDADES, ENFERMEDAD O MUERTE DEL MENOR/PUPILO, SI CORRESPONDE, Y/O DE MÍ MISMO, INCLUIDAS LAS PÉRDIDAS FINANCIERAS (INCLUIDA LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DE GENERAR INGRESOS) Y

RIESGOS DE PÉRDIDA, LESIÓN, DAÑO O DESTRUCCIÓN DE LA PROPIEDAD DE MI PROPIEDAD O BAJO MI CUIDADO, QUE RESULTEN O SURJAN DE LA EQUITACIÓN, MANEJO, ENTRENAMIENTO O CUIDADO DE CABALLOS, ASISTENCIA A OTROS EN LA EQUITACIÓN, USO DE SILLAS DE MONTAR, BRIDAS, O EQUIPO PROPORCIONADO PARA MÍ POR LAS PARTES LIBERADAS, O ESTAR CERCA DE CABALLOS Y

PARTICIPAR EN PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES DE HCR, YA SEA CAUSADO POR LA NEGLIGENCIA DE CUALQUIERA DE LAS PARTES EXONERADAS O DE OTRA MANERA. ESTA ACEPTACION DE RIESGOS NO SE EXTIENDE A LESIONES, MUERTE, PÉRDIDAS O DAÑOS CAUSADOS POR NEGLIGENCIA GRAVE O MALA CONDUCTA DIRECTA, DELIBERADA Y GRATUITA DE CUALQUIERA DE LAS PARTES EXONERADAS.

_____ (***Iniciales***)

1.2 CONDICIONES DEL RANCHO CAMINOS Y SENDEROS: Como Participante, RECONOZCO que los programas, proyectos y actividades de HCR pueden llevarse a cabo en áreas cuyas condiciones están sujetas a cambios de acuerdo con el clima, la temperatura, cambios naturales o provocados por el hombre ya sea en el paisaje o las instalaciones. Puede haber un defecto aparente u oculto o una condición peligrosa presente o cerca de las instalaciones de HCR, incluyendo el establo, el guadarnés, área de entrenamiento, las pistas de equitación, las áreas de oficina, mantenimiento de caballos, corral, el patio de equipos y en los caminos y senderos utilizados para los programas, proyectos y actividades de HCR. Soy consciente y entiendo que, en el curso ordinario de la actividad diaria, los automóviles, camiones y otros vehículos motorizados o equipos entran, salen y se mueven alrededor y a través de la propiedad de HCR y otras áreas de actividad del programa, a veces muy cerca o en las mismas áreas en las que se mantienen, acicalan o montan los caballos. Los tractores y otras maquinarias se utilizan a diario en la operación, mantenimiento y reparación de las instalaciones de HCR. La gente está trabajando, montando y moviéndose, y los perros y otros animales pueden estar presentes. Estas condiciones variables pueden crear situaciones peligrosas, incluyendo reacciones inesperadas de los caballos. Además, la lluvia y la corriente de agua pueden ingresar al área de entrenamiento y otras áreas de caballos e instalaciones del rancho, lo que hace que el suelo y el equipo estén resbaladizos. El área de entrenamiento, el granero, los potreros, las carreteras y los senderos utilizados para los programas, proyectos y actividades de HCR a veces pueden estar mojados, helados, resbaladizos, llenos de baches o rocosos, o tener agujeros, lo cual puede crear condiciones peligrosas.

COMO PARTICIPANTE, POR LA PRESENTE ACEPTO Y ASUMO TODOS Y CADA UNO DE LOS RIESGOS DE LESIONES, DISCAPACIDAD, ENFERMEDAD, DOLENCIA O MUERTE

DEL MENOR/PUPILO, SI CORRESPONDE, Y/O DE MÍ MISMO, O DE CUALQUIER OTRA PERSONA, INCLUIDAS LAS PÉRDIDAS FINANCIERAS (INCLUIDA LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD DE GENERAR INGRESOS) U OTROS DAÑOS QUE RESULTEN O SURJAN DE LAS CONDICIONES Y ACTIVIDADES EN EL RANCHO Y EN LOS CAMINOS Y SENDEROS UTILIZADOS PARA LOS PROGRAMAS, PROYECTOS Y ACTIVIDADES DE HCR, O LA REACCIÓN DE CUALQUIER CABALLO A DICHAS CONDICIONES O ACTIVIDADES, YA SEA CAUSADA POR LA NEGLIGENCIA DE CUALQUIERA DE LAS PARTES LIBERADAS O DE OTRA MANERA. ESTA ACEPTACION DE RIESGO NO SE EXTIENDE A LESIONES, MUERTE, PÉRDIDAS O DAÑOS CAUSADOS POR NEGLIGENCIA GRAVE O MALA CONDUCTA DIRECTA, DELIBERADA Y GRATUITA DE CUALQUIERA DE LAS PARTES EXONERADAS

_____ (***Iniciales***)

1.3 PROPIEDAD PERSONAL: Como Participante, ACEPTO que el menor/pupilo, si corresponde, y/o yo traemos cualquier propiedad personal a las instalaciones de HCR, y si el menor/pupilo, si corresponde, y/o yo almacenamos o dejamos cualquier propiedad personal en las instalaciones de HCR, el menor/alumno, si corresponde, y/o yo lo haremos bajo nuestro propio riesgo y ninguna de las partes exoneradas tendrá responsabilidad alguna en caso de pérdida, daño, uso no autorizado por parte de una persona, pero sin limitarse a, una Parte Exonerada, o robo de dicha propiedad personal.

_____ (***Iniciales***)

2. LIBERACION Y EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

2.1 LIBERACION Y EXONERACION DE RESPONSABILIDAD: En nombre del menor/pupilo, si corresponde, yo, mis herederos, los herederos del menor/pupilo, tutores, representantes personales o legales, o cesionarios, el menor/pupilo, si corresponde, y/o yo POR LA PRESENTE RENUNCIO Y EXONERO DE RESPONSABILIDAD PARA SIEMPRE A LAS PARTES, Y A CADA UNA DE ELLAS, DE TODOS LOS RECLAMOS, ACCIONES, DEMANDAS, DERECHOS, CAUSAS DE ACCIÓN Y RESPONSABILIDADES, YA SEA EN DERECHO O EN EQUIDAD, basado en cualquier lesión corporal o emocional, discapacidad, enfermedad, muerte, pérdida financiera, pérdida de propiedad, daño o destrucción, o daño de cualquier naturaleza, ya sea previsto o imprevisto, y ya sea causado por la negligencia de cualquiera de las Partes exoneradas o de otro modo, que pueda ser sufrida por el menor y/o por mí como consecuencia directa o indirecta de 1) la participación del menor/pupilo y/o la mía en la equitación, manejo, entrenamiento o cuidado de caballos, o la asistencia a otros en la equitación, el uso del equipo o equipos que me proporcionen las Partes exoneradas para dichas actividades, o 2) el uso por parte del menor/pupilo y/o mío de las propiedades, caminos, senderos e instalaciones utilizados por las Partes exoneradas para llevar a cabo los programas, proyectos y actividades de HCR en los que el menor/alumno y/o yo participamos y aceptamos el riesgo de participación. Nada de lo dispuesto en esta Sección 2.1 se considerará que exime a ninguna parte exonerada de responsabilidad hacia mí o cualquiera de mis bienes que surja de la negligencia grave o mala conducta directa, deliberada y gratuita de la parte exonerada.

____(***Iniciales***)

2.2. RENUNCIA A RECLAMACIONES DESCONOCIDAS: El menor/pupilo, si corresponde, y/o yo RECONOCEMOS y ENTENDEMOS el siguiente lenguaje estatutario de la Sección 1542 del Código Civil de California:

"UNA EXENCIÓN GENERAL NO SE EXTIENDE A LAS RECLAMACIONES QUE EL ACREEDOR O LA PARTE NO SABE NI SOSPECHA QUE EXISTE A SU FAVOR EN EL MOMENTO DE LA EJECUCIÓN DE LA LIBERACIÓN, Y QUE, DE HABER SIDO CONOCIDA POR ÉL O ELLA, DEBE HABER MATERIALMENTE AFECTADO SU ACUERDO CON EL DEUDOR O LA PARTE EXONERADA."

Habiendo sido evaluado de esta manera, el menor/Pupilo, si corresponde, y/o yo renunciamos específicamente a cualquier derecho que el menor/pupilo, si corresponde, y/o yo podamos tener bajo la Sección 1542 del Código Civil en cuanto a reclamos desconocidos o insospechados.

_____ (***Iniciales***)

3. INDEMNIZACION

YO ACEPTO, indemnizar y eximir de responsabilidad (es decir, pagar o reembolsar y asumir la responsabilidad legal) de las partes exoneradas en cuanto a todas las reclamaciones, demandas, responsabilidades, acciones, daños, pérdidas, costos y gastos, incluidos los honorarios de abogados, los daños y las responsabilidades incurridos o sostenidos por ellos como resultado de mi negligencia grave o mala conducta directa deliberada y gratuita que cause pérdidas, incluidas, entre otras, lesiones o daños a otras partes, incluidas las partes exoneradas, que surjan de o estén relacionadas con mi participación en los programas, proyectos y actividades de HCR.

_____ (***Iniciales***)

4. DIVISIBILIDAD / SEPARABILIDAD

El menor/pupilo, si corresponde, y/o yo ACEPTO que este **Acuerdo de aceptación de riesgo liberación y exoneración de responsabilidad e indemnización** tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley del Estado de California, y que, si alguna parte se considera inválida, se acuerda que el resto deberá, a pesar de, continuar en pleno vigor y efecto en acuerdo con los términos restantes.

5. LEY APLICABLE Y JURISDICCION

YO ACEPTO, que este Acuerdo de aceptación de riesgo, liberación y exoneración de responsabilidad, e indemnización se regirá e interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de California. Cualquier reclamo o acción contra las partes exoneradas que surja de las actividades cubiertas por este Acuerdo debe presentarse en el Condado de Marin, California.

6. ACUERDO LEGALMENTE VINCULANTE

He leído este **Acuerdo de aceptación de riesgo, liberación y exoneración de responsabilidad e indemnización**, y ENTIENDO todos sus términos y disposiciones y ACEPTO que estoy renunciando a los derechos legales en consideración de participar en los Programas, Proyectos y Actividades de HCR. Este es el Acuerdo total y completo entre las partes exoneradas y yo lo he ejecutado a sabiendas y voluntariamente. ENTIENDO que es un documento legal vinculante, y esto es una liberación de responsabilidad legal en caso de cualquier controversia o litigio.

7. PADRES/TUTORES LEGALES DEBEN FIRMAR POR LOS MENORES/PUPILO

Declaro que tengo 18 años o más y que soy legalmente competente para celebrar este Acuerdo de **Aceptación de riesgo, liberación y exención de responsabilidad e indemnización** para mí y el menor/pupilo. Si firmo por un menor/pupilo, declaro que soy el padre, madre o tutor legaldebidamente designado de la persona por la que estoy firmando este Acuerdo, y que el Acuerdo es irrevocable y vinculante.

Firma del participante	Firma del padre/madre/tutor legal
Dirección Ciudad/Estado/Código postal	Nombre del menor/pupilo (escriba)
Teléfono	Fecha en que firma