



# System Office of Risk Management

## THE TEXAS A&M UNIVERSITY SYSTEM

### RENUNCIA, INDEMNIFICACION Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

Yo, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, deseo participar voluntariamente en todas las actividades de \_\_\_\_\_ (“Actividad”), la cual es patrocinada por \_\_\_\_\_ (“Patrocinador”), un miembro del Sistema de la Universidad Texas A&M. Soy plenamente consciente que hay riesgos inherentes a mi mismo y a otros involucrados con la Actividad, incluyendo pero no limitado a enfermedad, incluyendo el virus COVID-19, sus variantes y otras mutaciones, lesiones (incluyendo muerte), pérdidas de propiedad personal, y elijo participar voluntariamente en la Actividad y voluntariamente asumo los riesgos mencionados arriba a mi mismo/a y mi propiedad, y la persona y propiedad de otros. Reconozco que la Actividad puede ser físicamente agotadora. No se dé ninguna razón médica por la cual no pueda participar.

Para mi mismo, mis herederos, representantes personales o cesionarios, por el presente libero, renuncio, pacto de no demandar, indemnizo y aceptó mantener inofensivo para todos y cada uno de los fines al Patrocinador, El Sistema de la Universidad de Texas A&M, La Junta de Regentes para el Sistema de la Universidad de Texas A&M, y sus miembros, oficiales, agentes, voluntarios o empleados (“LIBERADOS” y/o “INDEMNIZADOS”) de una y todas las obligaciones, reclamos, demandas, lesiones (incluyendo muerte), o daños, incluyendo costos de corte y honorarios y gastos de abogado, que pueda ocurrir a mi mismo, otros participantes y terceras personas como resultado de mi participación y conducta en la Actividad, o durante el viaje desde o hacia la Actividad, en propiedades perteneciendo a, rentadas, o controladas por LIBERADOS/INDEMNIZADOS. Entiendo que esta renuncia no aplica a lesiones causadas por conducta intencional o gravemente negligente.

Entiendo que LIBERADOS/INDEMNIZADOS no mantienen ninguna póliza de aseguranza que cubra cualquier circunstancia surgiendo de mi participación en la Actividad o relacionada con la participación. **Como tal, estoy consciente que debería revisar mi cobertura de aseguranza personal.** Patrocinador no tiene aseguranza de responsabilidad personal para cubrir reclamos que surgen de la Actividad por lo que solicita una renuncia de reclamos como consideración adicional para mi derecho de participar tal que Patrocinador, una unidad gubernamental del Estado de Texas, puede (a) proveer la actividad a el costo más bajo posible para los participantes; y (b) proveer acceso a un número más grande de participantes al gastar recursos limitados en materiales del programa antes que en seguro de responsabilidad civil.

Entiendo que no se puede esperar que los LIBERADOS/INDEMNIZADOS anticipen o controlen todos los riesgos asociados con la Actividad y puede que LIBERADOS/INDEMNIZADOS necesiten responder a enfermedades, accidentes, lesiones, y posibles situaciones de emergencia. **Por lo tanto, por la presente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento medico, rescate o servicios de evacuación que sean requeridos** (como sean determinados por el personal Patrocinador, médicos, personal de emergencia u otros profesionales médicos) durante mi participación **en la Actividad con el entendimiento que el costo de tal tratamiento será mi responsabilidad. Yo, por mi mismo, mis herederos, representantes personales o cesionarios,** acordamos indemnizar y mantener inofensivo

INDEMNIZADOS por cualquier costo incurrido por tratarme, incluso si INDEMNIZADO ha firmado documentos del centro de atención médica prometiendo pagar por el tratamiento debido a mi incapacidad a firmar la documentación. **Yo, para mi mismo, mis herederos, representantes personales o cesionarios** libero, renuncio, pacto no demandar, indemnizo y aceptó mantener inofensivo para todos y cada uno de los fines a LIBERADOS de una y todas las responsabilidades, reclamos, demandas, lesiones (incluyendo muerte), o daños, incluyendo costos de corte y honorarios y gastos de abogado que puede ocurrirme mientras reciba atención médica o en decidir buscar atención médica, **incluyendo mientras viaje desde y hacia un centro de atención médica, incluyendo lesiones sostenidas como resultado único, en conjunto o concurrente con negligencia, negligencia en sí, culpa estatutaria, o responsabilidad objetiva de LIBERADOS.** Entiendo que esta renuncia no aplica a lesiones causadas por conducta intencional o atrozmente negligente.

En firmar este acuerdo, yo reconozco y represento que lo he leído, entendido, y firmado voluntariamente como mi acto propio libre y hecho. Patrocinador no ha hecho y yo no he dependido en ninguna representación oral, declaraciones o incentivos aparte de los términos contenidos en este Acuerdo. Yo ejecuto este documento para la consideración plena, adecuada y completa, con toda la intención de ser atado por el mismo, ahora y en el futuro. **Para estudiantes practicando actividades extracurriculares:** Entiendo que puedo elegir no firmar este documento y liberarme de estos términos y los riesgos asociados con la actividad por simplemente no participar en la actividad y escogiendo alguna otra actividad disponible para mí que tenga un nivel más bajo de riesgo más bajo. Yo además entiendo que esta es una actividad voluntaria y no participar en esta actividad de ninguna forma impedirá mi habilidad de obtener un título de instituciones miembros del Sistema de Texas A&M. **Para estudiantes yendo en excursiones, viaje al extranjero u otras actividades relacionadas con clases:** Entiendo que la participación en esta clase/excursión/actividad no es mandatoria y no será penalizado por no poder participar en esta actividad porque una actividad alternativa existe por la cual puedo recibir un crédito similar. Mientras entiendo que existen actividades alternativas para mí que no tienen los riesgos asociados con la Actividad todavía deseo voluntariamente participar en la Actividad.

Es mi intención expresar que este Acuerdo obligará a los miembros de mi familia y mi esposo/a, si estoy vivo, y mis herederos, cesionarios y representantes personales, si estoy fallecido y será gobernado por las leyes del Estado de Texas.

**EL FIRMAR ESTE DOCUMENTO INVOLUCRA EL RENUNCIO DE DERECHOS LEGALES VALIOSOS. Si tiene cualquier pregunta sobre estos derechos y las ramificaciones de firmar este documento debería de consultar a un abogado.**

Firmado este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del participante:** Firma del padre o guardián legal (si participante es menor de 18 años de edad) \_\_\_\_\_

**Nombre del padre o guardián legal**

(si participante es menor de 18 años de edad): \_\_\_\_\_

(si participante es menor de 18 años de edad)

<b>Nombre del participante:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono:</b>	
<b>UIN o Licencia de Manejo:</b>	
<b>Student Fac/Staff Dependent General Public</b>	
<b>Información de Contacto de Emergencia del Participante</b>	
<b>Nombre del contacto de emergencia:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono:</b>	