

# FORMULARIO DE RENUNCIA, INDEMNIZACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

---

1. CLÁUSULA EXCULPATORIA. A cambio de recibir permiso para participar en algunas y todas las actividades de \_\_\_\_\_ ("actividad"), la cual es patrocinada por \_\_\_\_\_ ("patrocinador"), miembro de The Texas A&M System, por la presente eximo, renuncio, me comprometo a no demandar y acepto exonerar de responsabilidad, de algunos o todos los fines, a los patrocinadores que forman parte de The Texas A&M System, a la Directiva de Regents de The Texas A&M System y a sus miembros, funcionarios, agentes, voluntarios o empleados ("EXENTOS" o "INDEMNIZADOS") de algunas y todas las responsabilidades, reclamaciones, demandas, lesiones (incluyendo la muerte) o daños, incluyendo costos judiciales y honorarios y gastos de abogados, incurridos por mí mientras participo en esta actividad, mientras esté viajando hacia y desde el lugar de la actividad, o mientras me encuentre en las instalaciones ya sean estas propias, arrendadas o controladas por los EXENTOS, **incluyendo las lesiones sufridas como resultado de negligencia individual, conjunta o concurrente, negligencia grave, negligencia per se, incumplimiento de obligaciones legales, actos intencionales ilícitos, actos criminales previsibles de terceros o responsabilidad objetiva de los EXENTOS.**

2. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN. Estoy plenamente consciente de los riesgos que representan para mí y para los demás participantes de esta actividad, incluyendo, pero no limitándose a \_\_\_\_\_, y decido participar voluntariamente en esta actividad con pleno conocimiento de que puede ser peligrosa para mí y mis posesiones, así como para los demás y sus posesiones. Reconozco que puede haber actividades físicamente extenuantes. No conozco ninguna razón médica para no participar. **Acepto indemnizar y exonerar de responsabilidad a los INDEMNIZADOS** de todas las responsabilidades, reclamaciones, demandas, lesiones (incluyendo la muerte) o daños, incluyendo costos judiciales y honorarios y gastos de abogados, que puedan ocurrirme a mí, a otros participantes y a terceros como resultado de mi participación y conducta en esta actividad, **incluyendo las lesiones sufridas como resultado de negligencia individual, conjunta o concurrente, negligencia grave, negligencia per se, incumplimiento de obligaciones legales, actos intencionales ilícitos, actos criminales previsibles de terceros o responsabilidad objetiva de los INDEMNIZADOS.**

3. SIN SEGURO. Entiendo que los EXENTOS no mantienen ninguna póliza de seguro que cubra ninguna situación que surja de mi participación en esta actividad o cualquier evento relacionado con esa participación. Por lo tanto, estoy consciente de que debo revisar la cobertura de mi seguro personal. El Patrocinador no cuenta con un

seguro de responsabilidad general para cubrir reclamos que surjan de esta actividad, por lo que éste busca una renuncia de reclamaciones como consideración adicional por mi derecho a participar, de manera que el Patrocinador, unidad gubernamental del Estado de Texas, pueda (a) proporcionar la actividad al menor costo posible para los participantes; y (b) proveer acceso a un mayor número de participantes al gastar recursos limitados en materiales para el programa en lugar de gastarlos en seguros de responsabilidad.

4. VINCULACIÓN DE HEREDEROS. Es mi expreso deseo que este acuerdo vincule legalmente a los miembros de mi familia y a mi cónyuge, si estoy vivo, y a mis herederos, cesionarios y representantes personales, si he fallecido, y el mismo se regirá por las leyes del Estado de Texas.

5. AUTORIZACIÓN MÉDICA, INDEMNIZACIÓN POR GASTOS MÉDICOS Y RENUNCIA. Entiendo que no se puede esperar que los EXENTOS anticipen o controlen todos los riesgos asociados con esta actividad y que es posible que los EXENTOS deban responder a accidentes, y posibles situaciones de emergencia. Por lo tanto, por la presente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico que se necesite, según lo determine el profesional de la salud en el centro médico, durante mi participación en esta actividad, entendiéndolo que el costo de cualquier tratamiento de este tipo será mi responsabilidad. Yo acepto, indemnizar y exonerar de responsabilidad a los INDEMNIZADOS de cualquier costo incurrido al tratarme, incluso si un INDEMNIZADO ha firmado la documentación del centro de atención médica prometiendo pagar el tratamiento debido a mi incapacidad para firmar la documentación. Además estoy de acuerdo, eximo, renuncio, me comprometo a no demandar y acepto exonerar de responsabilidad, para alguno y todos los fines a los EXENTOS de algunas y todas las responsabilidades, reclamaciones, demandas, lesiones (incluyendo la muerte) o daños, incluyendo costos judiciales y honorarios y gastos de abogados, incurridos por mí mientras reciba atención médica, o decida buscar atención médica incluso durante el viaje hacia y desde un centro de atención médica **incluyendo las lesiones sufridas como resultado de negligencia exclusiva, conjunta o concurrente, negligencia grave, negligencia per se, incumplimiento de obligaciones legales, actos intencionales ilícitos, actos criminales previsibles de terceros o responsabilidad objetiva de los EXENTOS.**

6. NO SE ADMITEN NORMAS DE INTERPRETACIÓN ESTRUCTAS. En caso que surjan conflictos sobre el significado o la aplicación de este acuerdo, este se interpretará de forma justa y razonable, sin que ello suponga un perjuicio para ninguna de las partes.

7. FIRMA VOLUNTARIA. Al firmar este acuerdo, reconozco y declaro que lo he leído, lo entiendo y lo firmo como un acto de libre voluntad. El Patrocinador no ha hecho y yo no me he basado en ninguna representación oral, declaración o incentivo fuera de los términos contenidos en este acuerdo. Yo formalizo este documento para su consideración total, adecuada y completa con la plena intención de estar vinculado por

el mismo, ahora y en el futuro. **Para estudiantes que participan en actividades extracurriculares:** Entiendo que puedo optar por no firmar este documento y desligarme de sus términos y los riesgos asociados con la actividad simplemente no participando en la actividad y eligiendo alguna otra actividad disponible que tenga un nivel inferior de riesgo para mí. Además, entiendo que esta es una actividad voluntaria y que no participar en esta actividad de ninguna manera va a obstaculizar mi capacidad para obtener un título de la universidad. **Para estudiantes que van a excursiones, viajes al extranjero u otras actividades relacionadas con la clase:** entiendo que la participación en esta clase/excursión/actividad no es obligatoria y no seré penalizado por no participar en esta actividad porque existe una actividad alternativa la cual me sirve como crédito. Si bien entiendo que hay actividades alternativas disponibles para mí que no tienen los riesgos asociados con esta actividad, aún así deseo participar voluntariamente en esta actividad.

**EL FIRMAR ESTE DOCUMENTO IMPLICA LA RENUNCIA A VALIOSOS  
DERECHOS LEGALES.  
CONSULTE UN ABOGADO ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO.**

**FIRMADO** el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

**Firma del Participante:** \_\_\_\_\_

**Nombre Impreso:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento del Participante:** \_\_\_\_\_

**Firma del Padre o Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

(Si el participante es menor de 18 años)

**Nombre Impreso del Padre o Tutor Legal:** \_\_\_\_\_

(Si el participante es menor de 18 años)

---

INSTRUCCIONES: (1) El documento debe imprimirse en un tamaño de fuente no inferior a 10 puntos. Este es un tamaño de fuente de 10 puntos. Este es un tamaño de fuente de 12 puntos. (2) El formato/estilo de fuente (***negrita, subrayado y cursiva***) de los párrafos 1, 2 y 5 no debe ser alterado por ningún miembro del sistema.

TAMUS-OGC - Aprobado el 16/04/2025.