

MONTEREY BAY AQUARIUM

CONTRATO DE RENUNCIA Y LIBERACIÓN DE TODO RECLAMO

Soy el padre, la madre, o el tutor o representante legal del menor cuyos nombres figuran debajo y tengo la capacidad y autoridad legal de actuar en su nombre. Yo firmo este Contrato de renuncia y liberación de todo reclamo dando permiso a que el menor participen en los programas del Monterey Bay Aquarium que se mencionan debajo.

En nombre de la menor cuyo nombre figura debajo y en mi nombre y el de mis herederos, albaceas y asignados, renuncio y libero de todo y cualquier reclamo por daños por defunción, lesión personal, o pérdida o daño a la propiedad, a la Fundación del Acuario de Monterey (Monterey Bay Aquarium Foundation o la "Fundación"), sus funcionarios, directores, empleados, voluntarios y representantes ("Representante del Acuario"), que yo tenga o pudiera tener en el futuro debido o en relación con la participación de la menor en el programa del Acuario debajo identificado. Estoy de acuerdo en no demandar a la Fundación ni a los Representantes del Acuario por ningún reclamo de la menor por pérdida o daño a la propiedad o lesión física o defunción que tenga o pudiera tener en el futuro o que pudiera surgir en relación con su participación en el programa del Acuario debajo identificado.

Reconozco y estoy de acuerdo que:

- Sé los riesgos que hay al participar en el programa, tales como las actividades en el agua, el buceo, y otras actividades peligrosas;
- Entiendo que serios accidentes pueden ocurrir durante la participación en estas actividades que pueden resultar en lesiones físicas o la muerte;
- Entiendo que cualquier actividad en el agua tal como el buceo, pueden ser peligrosos y manifestarse en riesgos que puedan resultar en serias lesiones físicas o muerte, tal como fallo mecánico, error del buceador, obstáculos del mar, y otras causas previstas o no previstas;
- Se atará a las reglas de seguridad y a las instrucciones dadas por el personal del Acuario y los líderes del programa y;
- La participación del menor en el Programa es completamente voluntario y bajo su propio riesgo.

AFIRMO A TRAVÉS DEL PRESENTE DOCUMENTO QUE TENGO POR LO MENOS DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD Y QUE HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE Y ENTIENDO ESTE CONTRATO TOTALMENTE. ENTIENDO QUE ESTE ES UN CONTRATO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD FIRMADO POR MÍ Y LA FUNDACIÓN DEL ACUARIO DE MONTEREY, Y LO FIRMO DE MI PROPIA Y LIBRE VOLUNTAD.

Nombre del menor: _____

Dirección: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Parentesco con el menor: _____

Programa: **Underwater Explorers**

Fechas del programa: _____, 2016

Firma del padre, madre o tutor: _____

Fecha de la firma: _____, 2016

MONTEREY BAY AQUARIUM
RENUNCIA MÉDICA E INFORMACIÓN DE EMERGENCIA
PARA LAS MENORES PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DEL ACUARIO

Soy el padre, la madre, o el tutor o representante legal del menor/es cuyos nombres figuran debajo y tengo la capacidad y autoridad legal de actuar en su nombre. Firmo este formulario y documento adjunto de Contrato de renuncia y liberación de todo reclamo dando permiso a que lo/s menores participen en los programas del Acuario de la Bahía de Monterey que se mencionan debajo. Al firmar, indico estar de acuerdo con todas las condiciones relacionadas con la participación de la/s menor/es en este programa. Esto incluye (sin limitante) mis contratos de renuncia y liberación y el indemnizar y eximir a la Fundación del Acuario de la Bahía de Monterey y sus representantes de toda responsabilidad o reclamo.

Entiendo que el Acuario tomará precauciones razonables para prevenir accidentes, administrará primeros auxilios sencillos para todas las lesiones leves, y llamará a los padres o a un médico cuando sea necesario. Estoy enterado/a de que participar en el programa trae sus riesgos, y doy mi consentimiento voluntario a que la/s menor/es participen en este programa.

Confirmando que la/s menor/es goza/n de buena salud. A través de este documento doy mi consentimiento a los representantes del Acuario a suministrar toda atención de emergencia médica o dental recomendada por un proveedor médico debidamente licenciado. Entiendo que dicha atención podrá prestarse en cualquier condición necesaria para preservar el bienestar, un miembro o la vida de la/s menor/es.

Nombre(s) del (s) menor(es): _____ Edad: _____

Programa y Fecha: Underwater Explorers _____, 2016

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: (____) _____

Si alguna de las siguientes afecciones se aplica al niño participante, es posible que se le aconseje no participar en el programa antes de que se le realice una evaluación adicional. Por favor encierre en un círculo toda situación que se aplique a él, y agregue una breve explicación a continuación.

- | | | |
|---|---|--|
| 1) Catarro o congestión actuales | 9) Hace poco fue sometido a una intervención quirúrgica o ha estado enfermo | 14) Problemas de la espalda recurrentes o cirugía de la columna vertebral |
| 2) Infección del oído | | 15) Se encuentra bajo el cuidado de un médico o tiene una enfermedad crónica |
| 3) Afección del sistema nervioso | 10) Toma actualmente medicamentos que llevan una advertencia sobre cualquier impedimento físico o mental. | 16) Reacciones alérgicas |
| 4) Historial de afecciones respiratorias | | 17) Asma, enfisema, o tuberculosis actuales |
| 5) Salud conductual, afecciones mentales o psicológicas | 11) Historial de convulsiones, mareo o desmayos | 18) Otro (Explique por favor) |
| 6) Historial de afecciones cardíacas | 12) Historial de los senos nasales | 19) Ninguno de estos me aplica |
| 7) Problemas los oídos recurrentes, afecciones o cirugía del oído, tales como tubos | 13) Actualmente prescrito un inhalador (ES OBLIGATORIO traer sus inhaladores al programa) | |
| 8) Diabetes | | |

Explicación: _____

Entiendo que es posible que para las afecciones médicas anteriores y actuales se contraindique la participación del niño en esta actividad, además de que eleve el riesgo de sufrir lesiones tales como, entre otras, lesiones causadas por presión que afectan a los pulmones, los senos nasales y los oídos, ahogarse, pánico y demás lesiones graves o la muerte.
Contactos de emergencia: Anote los nombres y números de teléfono.

Persona #1 _____ Teléfono: (____) _____ Persona #2 _____ Teléfono: (____) _____

Escriba el nombre en letra de imprenta: _____ Teléfono: (____) _____

Firma: _____ Fecha: _____, 2016

Padre, madre, tutor legal o representante autorizado durante el programa