

RECONOCIMIENTO DE RIESGOS Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Riesgos de las actividades de extensión. Entiendo que mi participación en las actividades de la Extensión de la Universidad de Illinois puede presentar riesgos de lesiones físicas (incluyendo la muerte o incapacidad) para mí y mi propiedad personal. La Universidad de Illinois no garantiza mi seguridad, propiedad personal, salud ni me protege contra la pérdida de propiedad personal. Daño físico a mí o propiedad puede ser causado por razones conocidas o riesgos inesperados causados por el uso de equipos, materiales o instalaciones; condiciones ambientales, incluyendo plantas venenosas, insectos y el calor extremo o frío y otros riesgos relacionados con el clima; desastres naturales; actividades de agua; transporte; acciones de los demás; comportamiento de los animales; falta de atención de emergencia inmediata o suficiente; enfermedades infecciosas; y deslices y caídas.

Riesgos de actividades equinas de 4 H. Las actividades relacionadas con los animales equinos (caballo, mula, burro) presentan riesgos peligrosos de lesiones y daños, a pesar de las medidas de seguridad que sean hechas. Si un caballo u otro animal equino está asustado o es provocado, entiendo que pueda ignorar su entrenamiento y actuar según sus instintos naturales de supervivencia, que pueden incluir acciones como el inesperado cambio de dirección o velocidad; funcionamiento; movimiento brusco o frenado; cambio de peso; patadas; y mordidas. Entiendo que **BAJO LE LEY DE ILLINOIS DE RESPONSABILIDAD POR ACTIVIDADES EQUINAS, CADA PARTICIPANTE QUE SE COMPROMETE EN UNA ACTIVIDAD EQUINA EXPRESAMENTE ASUME EL RIESGO DE RESPONSABILIDAD LEGAL POR LESIONES, PÉRDIDA O DAÑO A PERSONAS O PROPIEDAD RESULTADAS POR EL RIESGO DE LAS ACTIVIDADES EQUINAS.** *Riesgo de actividades equinas* significa peligros incluyendo pero no limitado a: (1) propensión de un equino a comportarse de maneras que pueden resultar en lesiones o daños a las personas en o alrededor de ellos; (2) es imprevisible la reacción de un equino a sonidos, movimientos bruscos y objetos desconocidos, personas, otros animales u otras cosas; (3) ciertos peligros, tales como las condiciones del suelo o piso (4) accidentes o caídas con otros equinos u objetos; y (5) la posibilidad que el participante se comporte de una manera negligente y ocasione que pierda el control del animal u otras lesiones.

Riesgos de las actividades de deportes de tiro de 4-H: Los deportes de tiro implican el uso de armas de fuego, munición o equipos de tiro con arco. Entiendo que hay peligros inherentes asociados con mi participación en los deportes de tiro, incluyendo la observación. Los peligros potenciales incluyen, entre otras cosas, las heridas por arma de fuego o tiro con arco que pueden resultar en parálisis o pérdida de vista, la extremidad o la vida.

Reconocimiento de Riesgos y Exención de Responsabilidad : Por consideración de permitirme participar en las actividades de la Extensión de la Universidad de Illinois, voluntariamente asumo todo el riesgo de lesión y pérdida que pudiera ocurrir o sufrir con respecto a mi participación en las actividades descritas en este acuerdo y para siempre y totalmente liberar, renunciar y descargar todo reclamo, demandas, acciones y causas de acción, conocidas o desconocidas, que se me presenten en el futuro ("reclamaciones") contra la Junta de Síndicos de la Universidad de Illinois, sus oficiales, empleados, agentes, y voluntarios de daños personales (incluida la muerte), daños a la propiedad, pérdidas, costos y gastos (incluyendo honorarios de abogados) que surjan de o como resultado de mi participación en las actividades de la Extensión de la Universidad de Illinois, incluyendo todas las reclamaciones que se presentan, en todo o en parte, de la negligencia de cualquier individuo. Este acuerdo es vinculado para mis herederos, cesionarios y representantes.

Fecha Efectiva: Este acuerdo es efectivo en la fecha firmada por mí ("fecha efectiva") y reemplaza cualquier acuerdo similar firmado por mí en cuanto a las actividades de la Extensión de la Universidad de Illinois que se producen en o después de la fecha.

Firma del participante/voluntario: _____ Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____

SI EL PARTICIPANTE/VOLUNTARIO ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD:

FIRMA DE PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____ TELEFONO/CORREO ELECTRONICO: _____

INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA DEL PROGRAMA JUVENIL 4-H DE LA EXTENSIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE ILLINOIS

ACTIVIDAD/PROGRAMA _____

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Dirección: _____ Calle _____ Ciudad _____ Estado/ Código Postal _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

PADRE (MADRE) / ENCARGADO/ OTRO CONTACTO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____

Relación _____
Teléfono de Casa: (_____) _____ - _____: Teléfono del Trabajo (_____) _____ - _____

Teléfono celular: (_____) _____ - _____

Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado / Código Postal _____

Nombre: _____
Relación _____

Teléfono de Casa: (_____) _____ - _____: Teléfono del Trabajo (_____) _____ - _____

Teléfono celular: (_____) _____ - _____

Dirección: _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado / Código Postal _____

INFORMACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Marque abajo cualquier información que crea que el personal y/o voluntarios puedan necesitar para aumentar la seguridad y bienestar del expositor o del personal. A la derecha de la condición médica hay espacio para incluir más información respecto a la condición marcada. Por favor sea específico. En caso de emergencia, esta información médica puede ser la única fuente importante de información exacta.

[] Nerviosa o mental (epilepsia, tensión emocional, convulsiones) _____

[] Enfermedades de los pulmones (asma, tos persistente, tuberculosis) _____

[] Enfermedad del corazón o vasos sanguíneos, presión arterial alta o anormal _____

[] Dolor en el pecho o dificultad para respirar (soplo del corazón, fiebre reumática) _____

[] Malestar estomacal o intestinal (úlceras, vesícula biliar, desorden del hígado, ictericia, hernia, colitis) _____

[] Artritis, diabetes, enfermedades del riñón o vejiga _____

[] Fiebre de heno o alergias _____

[] Alergia a medicinas (incluyendo penicilina y tétanos) _____

[] Problemas de vista o audición; infecciones crónicas del oído _____

- [] Operaciones quirúrgicas recientes, accidentes o lesiones _____
- [] Alguna enfermedad infecciosa _____
- [] Enfermedad de la piel _____
- [] Alergia a comidas / alimentos _____
- [] Toma medicinas actualmente (haga una lista de los medicamentos y las dosis) _____
- [] Medicamentos que necesitan refrigeración _____
- [] Bajo cuidado médico (NOMBRE y TELÉFONO) para problemas crónicos o que se repiten _____

- [] ¿Usa anteojos / lentes? SI [] NO [] A VECES []
- [] ¿Usa lentes de contacto? SÍ [] NO [] A VECES []
- [] Fecha de la última vacuna contra tétanos _____
- [] Fecha de la última vacuna contra la gripa / resfriado _____
- [] Significativo impedimento ortopédico o nervio muscular (ejemplo: pérdida de una extremidad, lesión de la espina dorsal) _____

Médico de Atención Primaria _____

Hospital o Clínica: _____

Ciudad: _____ Estado _____ : Teléfono: (____) _____ - _____

Proveedor de Seguro Médico _____

Nombre Del Dueño: _____ Identificación /Número de Póliza: _____

Privacidad del Informe Médico *Es política de los Programas Juveniles 4-H de la Extensión de la Universidad de Illinois guardar en forma confidencial cualquier información médica que pueda tener respecto a los participantes del programa juvenil 4-H. Sin embargo, puede haber ocasiones en las que tal información médica sea necesaria y pueda necesitar ser compartida con otras personas. Ejemplos pueden incluir: proveer información a personal médico en caso de una emergencia para poder tratar al joven; proveer información al personal de Extensión o voluntarios que están coordinando actividades específicas en caso de requerir cierta acomodación razonable, y proveer información a chaperones o familias anfitrionas responsables de la salud y seguridad de los participantes del programa en una actividad específica. Excepto en el caso de una emergencia, antes de compartir cualquier información médica, de aquellos ajenos a la Universidad, Extensión, o 4-H, se hará todo el esfuerzo para obtener permiso del participante del programa, padre, madre o persona responsable.*

Como padre (madre) o responsable, entiendo que si ocurre una seria enfermedad o lesión se proporcionará atención médica o de hospital. Aún más, entiendo que seré notificado(a) en caso de una seria enfermedad/lesión. Sin embargo, si es imposible contactarme, doy mi permiso para un tratamiento de emergencia, radiografía o cirugía de emergencia, según lo recomendado por el médico que atienda la emergencia.

También entiendo que cualquier seguro de accidentes (SI ES PROVEÍDO) para la actividad no cubre lesiones preexistentes o lesiones inflingidas a sí mismo.

FIRMA _____ **FECHA** _____

Padre/madre o guardian

2020



TALENT RELEASE FORM (ADULTS) / FORMULARIO DE LIBERACIÓN DE TALENTO (ADULTOS)

I, the undersigned, do hereby consent to the use by The Board of Trustees of the University of Illinois (“University”) of my image, voice, or both described below, in (1) the video, photograph, or audio recording described below; and (2) any video, photograph, or audio recording reproduced either in whole or in part from the video, photograph or audio recording described below: regardless of whether these materials are used for fundraising, advertising, publicity, or any other purpose on behalf of either the University or its Foundation.

I warrant that I have the full right and authority to grant this consent.

In addition, I waive all claims to compensation or damages based on the use of my image or voice, or both, by either the University or the Foundation. I also waive any right to inspect or approve the finished photograph or video or audio recording.

I understand that this consent is perpetual, that I may not revoke it, and that it is binding on me, my heirs and assigns.

I warrant that I am at least 18 years of age and that I am competent in my own name insofar as this consent is concerned, or that I am the parent or legal guardian authorized to sign on behalf of a person under age 18. I further attest that I have read this consent form and fully understand its contents.

The Undersigned represents my photo/video/Video/Photo/Audio release: of the following:

Yo, el suscrito, doy mi consentimiento a la Junta Directiva de la Universidad de Illinois (“Universidad”) de usar mi imagen, voz, o ambas formas descritas subsecuentemente 1) el video, fotografía, o audio descrito abajo; y 2) cualquier video, fotografía, o audio grabado producido en parte o en su totalidad del video, fotografía, o audio grabado descrito abajo; independientemente si este material es usado para recolección de fondos, relaciones públicas, propaganda, o cualquier propósito en nombre de la Universidad y la Fundación.

Yo garantizo que tengo todo el derecho y la autoridad de otorgar este consentimiento.

Además, yo renuncio a cualquier compensación o daños basados en el uso de mi imagen o voz, o ambas, ya sea por la Universidad o la Fundación. Yo renuncio de igual forma a cualquier derecho de inspeccionar o aprobar la fotografía o video o grabación una vez finalizado.

Yo entiendo que éste consentimiento es perpétuo, que yo no lo puedo revocar, y de igual forma esta vinculado a mis herederos y designados.

Yo garantizo que yo soy mayor de 18 años de edad y que yo soy competente y capaz de decidir en mi nombre éste consentimiento, o que soy el padre/madre o representante legal autorizado para firmar en nombre de una persona menor de 18 años de edad. Y también garantizo que he leído el consentimiento de manera complete y comprendo totalmente su contenido.

El abajo firmante representa el lanzamiento de mi fotografía/video/ Video/Fotografía/Audio: de lo siguiente:

Name and signature of talent (or parent/legal guardian if under 18):

Nombre y firma del individuo (o padre/madre o representante legal si es menor de 18 años de edad)

Printed Name / Imprimir Nombre

Signature and Date / Firma y Fecha
