



## Jóvenes Autores de Steinbeck / Día de la Redacción 2017

### Consentimiento de los Padres, Exoneración de Responsabilidad y Formulario de Autorización Médica para Casos de Emergencia

Mi hijo, \_\_\_\_\_ (nombre del alumno), cuenta con mi permiso para participar en las actividades del Día de la Redacción que se celebrará el 6 or 8 de marzo entre las 7:45 a.m. y las 3:00 p.m. en el Centro Nacional Steinbeck, ubicado en el número uno de la calle

Main, Salinas. Sírvase notar que su participación es completamente voluntaria, y como tal, no se exige su asistencia. Doy permiso para que el Centro Nacional Steinbeck utilice la imagen de mi hijo para cualquier propósito. Entiendo que cualquier material creado por mi hijo específicamente para este programa puede ser utilizado en el futuro por el Centro Nacional Steinbeck, y se le reconocerá el mérito por él cuando sea posible.

1. Reconocimiento de riesgos. La persona que firma reconoce y entiende plenamente que las actividades del Día de la Redacción podrían ser peligrosas y conllevan riesgos y peligros inherentes, y que participar en las actividades del día mencionado expone al participante a riesgos tales como daños a propiedad, daños corporales y/o lesiones personales. La persona que firma reconoce expresamente que en la participación de las actividades del Día de la Redacción entran en juego los riesgos antes mencionados.
2. Liberación de Responsabilidad Civil. La persona que firma, para sí misma, el participante y los sucesores, cesionarios, herederos, su herencia, los empleados y demás personas, conocidas o desconocidas, plenamente consciente de que la participación en las actividades expondrá a cualquiera de ellos a riesgos tales como daños a propiedad, daños corporales o lesiones corporales, libera y exonera al Centro Nacional Steinbeck, y conviene por medio del presente documento en no demandar a dicho Centro, a sus oficiales, directores, regentes, empleados, agentes, representantes, voluntarios, sirvientes y demás personas y asociados relacionados con el Centro Nacional Steinbeck, ya sean conocidos o desconocidos, por ninguna responsabilidad civil, incluso responsabilidad por alguna actividad o negligencia pasiva, debido a algún daño a propiedad, daño corporal, lesión corporal, muerte o algún otro reclamo o causa de acción judicial que surja de la participación en las actividades del Día de la Redacción, o que se relacione con dicho día, **INCLUSO TODO RECLAMO CONOCIDO O DESCONOCIDO, PREVISTO E IMPREVISTO, FUTURO O EVENTUAL.**
3. Asunción de riesgos. Reconociendo que las actividades del Día de la Redacción podrían ser peligrosas por sus riesgos y peligros inherentes que exponen a los participantes o voluntarios a los riesgos de daños a propiedad, daños corporales o lesiones corporales, el/la abajo firmante, por sí mismo y sus sucesores, cesionarios, herederos, su herencia, sus empleados y demás personas, conocidas o desconocidas, opta, por medio del presente documento, a asumir voluntariamente todo riesgo de pérdidas, daños, lesiones o muerte que surja de tal participación o que esté relacionado con ella.

4. Acuerdo de no entablar litigio. La persona que firma, por sí misma, el participante, los sucesores, cesionarios, herederos, su herencia, y demás personas, conocidas o desconocidas, acuerda no entablar ni encausar indirectamente ninguna acción, demanda, reclamo u otro proceso contra el Centro Nacional Steinbeck, sus oficiales, directores, regentes, empleados, agentes, representantes, voluntarios y sirvientes, ni contra ninguna otra persona o asociado relacionados con el Centro Nacional Steinbeck, ya sean conocidos o desconocidos, que surja del Día de la Redacción o se relacione con ella. El infraescrito está consciente de la Sección 1542 del Código Civil, y renuncia a su efecto. Dicho Código dispone lo siguiente: *“Una liberación general no abarca los reclamos de los cuales el acreedor no sabe ni sospecha que existen a su favor al firmar la liberación, los cuales, si hubiese sabido de ellos, habrían afectado sustancialmente a su arreglo de la causa con el deudor”*.
5. Indemnización. Por medio del presente documento, el padre, la madre o tutor legal abajofirmante acuerda defender, indemnizar y librar de toda responsabilidad al Centro Nacional Steinbeck por todo daño, pérdida o lesión que de cualquier forma surja de los actos u omisiones del niño o se relacione con ellas.
6. Garantías. La persona que firma tiene la plena facultad, autoridad, capacidad y derecho ilimitado de firmar, entregar, y ejecutar esta liberación.
7. Efecto obligatorio. La presente liberación será obligatoria respecto al abajofirmante y su cónyuge, representante legal, herederos, sucesores y cesionarios.

La persona que firma ha leído detenida y plenamente la presente liberación, entiende la totalidad de sus términos y condiciones, y por su propia voluntad ha firmado y entregado dicha liberación el \_\_\_\_\_ de \_marzo\_\_\_\_\_ de 2017.

#### Formulario de Autorización Médica para Casos de Emergencia

Por medio del presente documento, yo, como padre, madre, o tutor legal \_\_\_\_\_, firmo  
 nombre del alumno  
 este acuerdo en nombre del participante antes mencionado.

Firma del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número(s) telefónico(s): Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

En caso de que sea necesario que mi hijo/a reciba tratamiento médico de emergencia mientras participe en el Día de la Redacción, por medio del presente documento le autorizo al personal del Centro Nacional Steinbeck que utilice su juicio al obtener para mi hijo/a servicios médicos de emergencia tales como radiografías, exámenes, anestesia,

diagnósticos o tratamiento médicos, quirúrgicos o dentales, y atención en el hospital. Además, autorizo a toda persona debidamente calificada que el personal del Centro Nacional Steinbeck escoja, para que le dé a mi hijo/a el tratamiento médico de emergencia que estime necesario y adecuado. Entiendo que el Centro Nacional Steinbeck no dispone de un seguro que pague los gastos médicos o de hospital que se puedan contraer en nombre de mi hijo/a.

Mi hijo/a tiene las siguientes necesidades médicas especiales o alergias: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso de emergencia, por favor comuníquese con:

1. \_\_\_\_\_ Teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Teléfono: Hogar \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_