

**Documento de reconocimiento, aceptación y absolución
de responsabilidades para voluntarios y participantes en eventos**

Información del participante Adulto (por favor complete este formulario en su totalidad)	
Nombre	Dirección
Número telefónico	Correo electrónico

Todos los participantes deben leer y firmar. Por favor lea antes de firmar este documento de reconocimiento, aceptación y absolución de responsabilidades (de aquí en adelante, referido como 'raar' por sus iniciales).

Yo acepto y entiendo claramente que hay riesgos inherentes (y de otros tipos) asociados con la ejecución de cualquier actividad física. Certifico que estoy en adecuado estado físico para los eventos que se buscan cumplir (referidas colectivamente en este documento como "Actividades" e individualmente como "Actividad"), y que no me ha aconsejado ningún doctor a mantenerme alejado de participar en tales actividades. Confirmando que yo tengo las habilidades requeridas para ejecutar las Actividades de manera competente y segura. Si en cualquier momento siento que la Actividad que estoy ejecutando va más allá de mis habilidades, certifico que voy a dejar inmediatamente de ejecutar esta Actividad y que voy a notificar de esto al Chelan-Douglas Land Trust (CDLT) a través de su mesa directiva, sus autoridades, líderes, representantes, empleados o líder voluntario de proyecto. Acepto y reconozco los riesgos involucrados en ejecutar las Actividades y asumo de manera libre y consciente estos riesgos.

Considerando las oportunidades de participar en un evento y/o servir como participante en el CDLT, y considerando las oportunidades de participar en Actividades, a través del presente documento yo tomo la siguiente acción en nombre de mi persona, mis ejecutores, administradores, herederos, mis parientes más cercanos, sucesores y designados, o cualquier persona que pueda presentar un reclamo o una demanda judicial en mi nombre o en nombre de mis herederos y asignados, y de manera explícita reconozco que es mi intención el llevar a cabo estas acciones:

- (A) YO EXIMO, LIBERO Y ABSUELVO A LAS SIGUIENTES PERSONAS O ENTIDADES: CDLT, SU MESA DIRECTIVA, AUTORIDADES, LÍDERES, REPRESENTANTES, EMPLEADOS VOLUNTARIOS, SUCESORES Y ASIGNADOS (REFERIDOS COLECTIVAMENTE COMO EL "CDLT") Y EL DUEÑO O DUEÑA DE LAS TIERRAS EN LA CUAL LA ACTIVIDAD OCURRE, SI ES QUE EL DUEÑO NO ES EL CDLT, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS RECLAMOS, ALEGATOS, PÉRDIDAS, DAÑOS O RESPONSABILIDADES POR ENFERMEDAD, MUERTE, LESIÓN PERSONAL, DISCAPACIDAD O INVALIDEZ PARCIAL O TOTAL, PERMANENTE O TEMPORAL, PÉRDIDAS DE INGRESOS, DAÑOS A LA PROPIEDAD, DAÑO EMOCIONAL, CUENTAS MÉDICAS O DE HOSPITAL, ROBO, O PÉRDIDAS, O DAÑO DE CUALQUIER TIPO, INCLUYENDO A PÉRDIDAS ECONÓMICAS, GASTOS DE ABOGADOS, E INCLUYENDO ESPECÍFICAMENTE MI EXPOSICIÓN AL COVID-19 O MI INFECCIÓN CON COVID-19, INCLUYENDO CUALQUIER RIESGO DE ENFERMEDAD, LESIÓN CORPORAL, INVALIDEZ O DISCAPACIDAD PERMANENTE O TEMPORAL, Y/O MUERTE RELACIONADA DIRECTA O INDIRECTAMENTE AL COVID-19, EL CUAL PUEDE EN EL FUTURO APARECER EN RELACIÓN A MI PARTICIPACIÓN EN LA ACTIVIDAD O A MIS VIAJES HACIA O DESDE LA ACTIVIDAD, SIN IMPORTAR SI ESTOS DAÑOS O LESIONES RESULTAN EN FORMA PARCIAL O TOTAL DEBIDO A NEGLIGENCIA, ACCIONES O INACCIONES DEL CDLT (REFERIDOS EN FORMA COLECTIVA EN ESTE DOCUMENTO COMO "RECLAMOS, PÉRDIDAS Y RESPONSABILIDADES"
- (B) YO LIBERO DE TODA RESPONSABILIDAD AL CDLT Y RENUNCIO A MI DERECHO DE PRESENTAR UNA DEMANDA CONTRA EL CDLT Y/O CUALQUIERA DE LAS PERSONAS O ENTIDADES MENCIONADAS ARRIBA EN EL PÁRRAFO (A) POR CUALQUIERA DE LOS "RECLAMOS, PÉRDIDAS Y RESPONSABILIDADES" MENCIONADAS ARRIBA;
- (C) YO ACCEDO A (i) defender, (ii) indemnizar, y (iii) eximir al CDLT, y/o cualquiera de las personas o entidades mencionadas arriba en el párrafo (A) de (a) todos y cada uno de las "Reclamos, Pérdidas y Responsabilidades" mencionados arriba.
- (D) Yo accedo a permitir que el CDLT, y/o cualquiera de las personas o entidades mencionadas arriba en el párrafo (A) puedan usar, copiar, distribuir, exhibir, transmitir y modificar cualquier fotografía, dibujo, sonido, video o grabación audiovisual tomada o hecha de mí, o proporcionada por mí para fines publicitarios, promocionales, sitios web u otros propósitos, en cualquier medio de comunicación y a través de cualquier sistema de entrega de contenido, y de forma explícita renuncio a cualquier derecho a privacidad, derecho a compensación, derecho de autor u otro derecho.

A TRAVÉS DEL PRESENTE DOCUMENTO, YO CERTIFICO QUE TENGO DIECIOCHO (18) AÑOS DE EDAD O MÁS, QUE HE LEÍDO ESTE DOCUMENTO, Y QUE ENTIENDO SUS CONTENIDOS.

ESTE "RAAR" SERÁ CONSIDERADO VÁLIDO Y EJECUTABLE A NO SER QUE, Y HASTA QUE, SEA REVOCADO POR MÍ POR ESCRITO Y ENTREGADO AL EMPLEADO A CARGO DE LAS ACTIVIDADES VOLUNTARIAS DEL CDLT. A PESAR DE LO EXPRESADO ARRIBA, RECONOZCO QUE (i) SE ME PUEDE PEDIR EN EL FUTURO QUE EJECUTE DOCUMENTOS DE ABSOLUCIÓN SIMILARES, COMO UNA CONDICIÓN PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES VOLUNTARIAS, Y (ii) QUE LA DECISIÓN DE PERMITIRME

PARTICIPAR EN CUALQUIER ACTIVIDAD VOLUNTARIA SERÁ TOMADA BAJO LA EXCLUSIVA DISCRECIÓN Y RESPONSABILIDAD DEL CDLT.

SI EL PARTICIPANTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD, ENTONCES UNO DE SUS PADRES O APODERADOS DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO Y COMPLETAR EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN PARA MENORES, UBICADO EN LA SIGUIENTE SECCIÓN.

Nombre (en letra imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPACIÓN DE
MENORES EN EVENTOS O COMO VOLUNTARIOS**

Información del participantes Menores (Por favor complete este formulario en su totalidad)	
Nombre	Dirección
Número telefónico	fecha de nacimiento

Para personas menores de 18 años de edad, uno de sus padres o apoderados debe firmar el documento de reconocimiento, aceptación y absolución de responsabilidades (“RAAR”) ubicado en el reverso de este formulario, y completar la siguiente sección.

Yo, el/la abajo firmante _____ (padre/apoderado) padre o apoderado de _____ (nombre de el/la menor) (el/la “Menor”), a través del presente documento reconozco que he ejecutado el precedente “RAAR” por y en representación de el/la Menor. Adicionalmente, establezco que yo tengo la capacidad y autoridad legales para actuar por y en representación de el/la Menor. Como padre o apoderado de tal Menor, yo, a través del presente documento:

1. Doy mi consentimiento a que el/la Menor participe en las Actividades
2. Afirmo las garantías y representaciones establecidas en el adjunto “RAAR” en lo que a el/la menor concierne; y accedo a atarme junto a el/la Menor, mi esposo(a) y nuestros ejecutores, administradores, herederos, parientes más cercanos, sucesores y asignados, a los términos del precedente “RAAR”, y
3. Accedo a liberar y (i) defender, (ii) indemnizar, y (iii) eximir a las personas o entidades mencionadas en el precedente RAAR de (a) todos y cada uno de los reclamos, pérdidas o responsabilidades por lesiones personales, invalidez o discapacidad parcial o permanente, daños emocionales, daños a la propiedad, cuentas médicas o de hospital, robo o daños de cualquier tipo, incluyendo pérdidas económicas y gastos de abogado, e incluyendo cualquier riesgo de enfermedad, lesión corporal, invalidez o discapacidad permanente y/o muerte relacionada en forma directa o indirecta al COVID-19, incluyendo la exposición a otros al COVID-19, lo cual puede en el futuro surgir de, o relacionarse a, la participación de el/la Menor en las Actividades o sus viajes desde o hacia las Actividades y (b) cualquier reclamo hecho o responsabilidad adjudicada en su contra como resultado de cualquier insuficiencia en mi capacidad legal o autoridad de actuar por en representación de el/la Menor en la ejecución del precedente RAAR o en la ejecución de este formulario de consentimiento.

A través de la presente, yo autorizo a cualquier doctor autorizado, técnico médico de emergencia, hospital o cualquier otro establecimiento de salud (“Proveedor Médico”) a que atienda a el/la Menor con el propósito de tratar o aliviar cualquier lesión sufrida por dicho(a) menor surgida durante o relacionada a las Actividades. Autorizo a cualquier Proveedor Médico tal, a que ejecute todos los procedimientos considerados médicamente aconsejables en el intento de tratar o aliviar tales lesiones y cualquier otra condición de el/la Menor que pueda ser encontrada durante el curso del tratamiento y alivio de tales lesiones. Doy mi consentimiento al uso de anestesia en la medida de lo aconsejable durante el curso de tal tratamiento. Entiendo que existe una posibilidad de que aparezcan complicaciones y consecuencias imprevistas en cualquier tratamiento médico, y me hago responsable de tal riesgo en nombre mío y de el/la Menor. Reconozco que no se ofrece garantía alguna respecto a los resultados de cualquier tratamiento médico. **NOTA: UNO DE LOS PADRES/APODERADOS TAMBIÉN DEBE FIRMAR EL “RAAR” AL REVERSO**

Nombre de uno de los Padres/Apoderados (en letra imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Parentesco con el/la Menor: _____

8/12/2026