

ESTE FORMULARIO DEBE SER LEÍDO, RELLENADO EN SU TOTALIDAD, FIRMADO Y ENTREGADO A UN LÍDER DE LUCKY TO RIDE™ ANTES DE QUE EL PARTICIPANTE PUEDA IR A LA EXCURSIÓN.

1.) ASUNCIÓN EXPRESA DE RIESGOS, LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, INDEMNIZACIÓN Y ACUERDO DE NO DEMANDA

En contraprestación por los servicios brindados por Lucky to Ride™, sus líderes de excursiones, oficiales, agentes y voluntarios (en adelante denominados conjuntamente "LTR"), yo, en nombre propio y/o como padre o tutor del menor que participa en la actividad de LTR y nuestros herederos, acepto lo siguiente:

Entiendo y soy consciente de que el senderismo, el *backpacking*, la escalada en roca, el ciclismo de montaña, la natación y las actividades relacionadas que incluyen, entre otras, el uso de bicicletas LTS y otros equipos (en adelante denominados como la "Actividad") y el transporte hacia y desde dicha actividad, son ACTIVIDADES PELIGROSAS que implican RIESGOS INHERENTES Y OTROS RIESGOS de lesiones en todas y cada una de las partes del cuerpo. Además, entiendo que las lesiones en la Actividad son de una OCURRENCIA COMÚN Y ORDINARIA y he tomado la decisión voluntaria para mí y/o el menor que se indica a continuación para ACEPTAR Y ASUMIR TODOS LOS RIESGOS DE LESIÓN O MUERTE que puedan estar asociados con o resultar de esta Actividad.

LTR ha implementado medidas preventivas para reducir la propagación del COVID-19; sin embargo, LTR no puede garantizar que usted o su familia no se contagie de COVID-19. Además, la participación en esta actividad podría aumentar su riesgo o el riesgo de su familia de contraer COVID-19. Reconozco la naturaleza contagiosa del COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que yo y/o un miembro de mi familia pueda estar expuesto o ser contagiado de COVID-19 al participar en esta Actividad y que dicha exposición o infección puede resultar en lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente o muerte. Entiendo que el riesgo de quedar expuesto o infectado de COVID-19 durante esta actividad puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia propia y de otros, incluidos, entre otros, LTR y sus empleados, voluntarios, participantes del programa y sus familias.

En la máxima medida permitida por la ley, estoy de acuerdo en EXONERAR, INDEMNIZAR Y LIBERAR A LTR DE TODA RESPONSABILIDAD que corresponda a, o de alguna manera resulte de, lesiones personales, muertes o daños a la propiedad, incluso si es causada por NEGLIGENCIA, de cualquier manera relacionada con esta Actividad. Además, ESTOY DE ACUERDO EN NO PRESENTAR NINGUNA RECLAMACIÓN O DEMANDA POR LESIONES O DAÑOS RELACIONADOS A ESTA ACTIVIDAD, incluso si son causadas por NEGLIGENCIA. Entiendo y acepto que este acuerdo está destinado a ser tan amplio e inclusivo como lo permita la ley y si alguna parte es declarada inválida, el remanente mantendrá su plena fuerza y efecto legales. Reconozco que no se han realizado comunicaciones orales, declaraciones o incentivos además de este acuerdo.

2.) AUTORIZACIÓN PARA PRIMEROS AUXILIOS Y TRATAMIENTO MÉDICO

Reconozco que yo y/o mi hijo menor puede llegar a necesitar atención médica o dental. AUTORIZO A LTR Y AL/A LOS LÍDER(ES) DE EXCURSIÓN A PRESTAR PRIMEROS AUXILIOS O ATENCIÓN DE EMERGENCIA dentro del alcance de la certificación del(os) líder(es) de excursión. Además, autorizo a LTR a solicitar atención médica o dental para mí y/o mi hijo menor si, a criterio de LTS, se requiere atención médica o dental. ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR TODOS LOS GASTOS Y COSTOS ASOCIADOS CON DICHO CUIDADO Y TRANSPORTE RELACIONADO. Además, por el presente autorizo y doy mi consentimiento a someterme a cualquier examen de radiografía, anestesia, diagnóstico médico, dental o quirúrgico realizado bajo la supervisión general o especial de cualquier miembro del personal médico y/o personal de emergencia y/o dentista actualmente autorizado por el Estado en el que se administra el tratamiento y el personal de cualquier hospital de tratamiento crítico autorizado por el Departamento de Salud Pública del estado de Colorado o el organismo equivalente en otro estado. Se entiende que esta autorización es otorgada antes de que se requiera un diagnóstico, tratamiento o atención hospitalaria específicos, pero es otorgada para conceder las facultades y prerrogativas para prestar la atención que el médico, en el ejercicio de su mejor criterio, estime conveniente. Se entiende que, si la condición médica lo permite, se realizarán los esfuerzos necesarios para consultar al abajo firmante antes de prestar el tratamiento al paciente, pero ninguno de los tratamientos anteriores será suspendido si el abajo firmante se encuentra incapacitado o no puede ser contactado.

3.) AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE FOTOS Y VIDEOS

Para lograr nuestros objetivos, LTR frecuentemente envía comunicados de prensa, fotos y videos a los medios de comunicación (periódicos, radio, televisión e internet) y utiliza fotos/videos en nuestras propias publicaciones. Cada persona tiene derecho a dar su consentimiento para el uso de su fotografía/video y/o nombre para los fines publicitarios anteriores. **Al firmar este formulario, autorizo a LTR usar cualquier foto/video que me hayan tomado durante las actividades de LTR. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con Trung Nguyen enviando un correo electrónico a trung@luckytoride.org.**

POR MEDIO DEL PRESENTE, RECONOZCO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN LA PÁGINA UNO Y PÁGINA DOS DE ESTE ACUERDO ES VERDADERA, CORRECTA Y COMPLETA. ACEPTO ACTUALIZAR LA PÁGINA DOS DE ESTE ACUERDO, SEGÚN SEA NECESARIO. POR MEDIO DEL PRESENTE, RECONOZCO QUE HE LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO PLENAMENTE CADA UNA DE LAS DISPOSICIONES ANTERIORES Y QUE HE FIRMADO ESTE ACUERDO DE FORMA VOLUNTARIA.

[NOMBRE DEL PARTICIPANTE EN LETRA IMPRENTA]

[NOMBRE DEL PADRE/TUTOR DEL MENOR PARTICIPANTE EN IMPRENTA]

X _____
[FIRMA DEL PARTICIPANTE O
PADRE/TUTOR DEL MENOR PARTICIPANTE]

[FECHA]

USTED TAMBIÉN DEBE LEER Y COMPLETAR LA PÁGINA UNO Y DOS DE ESTE ACUERDO

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Tipo de programa: Learn to Earn Programa Ride Lucky Bike Club Otro

Fecha de inicio de clase/Fecha de actividad: _____

Tipo de participante: Niño Voluntario

Nombre del participante: _____

Dirección: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____

Organización a través de la cual usted está participando: _____

* Esta información será anónima y utilizada para fines de subvención y documentación

Género: Masculino Femenino No binario

Edad: _____ Grado escolar _____ Fecha de nacimiento: _____ Altura del participante: _____

Etnia: Hispano o latino Blanco Negro o afroamericano Asiático
 Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico Americano nativo o nativo de Alaska Otro

¿Califica para almuerzo gratis/con precio reducido? Sí No

¿Ha participado en otros programas de Lucky to Ride™? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál? Learn to Earn Programa Ride
 Lucky Bike Club Otro

INFORMACIÓN MÉDICA:

Fecha de dosis de refuerzo de toxoide tetánico más reciente: _____

Alergias a medicamentos, alimentos, picaduras de insectos, etc.:

Detalle todos los medicamentos para los cuales el participante actualmente tiene una receta e indique cuáles tomará el participante durante la(s) excursión(es):

Detalle todas las condiciones médicas que el líder de la excursión debe conocer o que pueden afectar la capacidad del participante para participar en actividades (por ejemplo, asma, enfermedad cardíaca, diabetes o deterioro neuromuscular o esquelético):

Médico de cabecera (nombre, dirección, teléfono):

Seguro médico: _____

Número de póliza: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: (Trataremos de contactarlos en el orden escrito).

1. _____
Nombre Relación Teléfono

2. _____
Nombre Relación Teléfono

3. _____
Nombre Relación Teléfono

USTED TAMBIÉN DEBE LEER Y COMPLETAR LA PÁGINA UNO Y DOS DE ESTE ACUERDO