

Dan Hebert Camp Hope  
1632 Ainsdale Drive  
Roseville, CA 95747

Estimado Padre o Tutor:

Gracias por su interés en *Camp Hope*. Adjunto enviamos el formulario de inscripción y todos los demás documentos necesarios de liberación de responsabilidades para solicitar participar en el campamento de fin de semana de *Camp Hope*.

Favor de enviar todos los formularios, por correo, a:  
**Camp Hope**  
**1632 Ainsdale Drive**  
**Roseville, CA 95747**

O

Enviar sus formularios completos por fax al:  
**916-877-4068**

O

Enviar sus formularios completos por correo electrónico a:  
[info@camphopeca.com](mailto:info@camphopeca.com)

Una vez que recibamos todos los formularios completos, un representante de *Camp Hope* le llamará para hablar sobre la travesía de su hijo(a) durante el período de duelo. El representante también le proporcionará información sobre qué esperar durante el fin de semana en *Camp Hope*. Si después de la conversación ambas partes sienten que *Camp Hope* cubrirá las necesidades de su niño, se le reservará un lugar y usted recibirá un correo electrónico de confirmación.

Acerca del campamento de fin de semana:

El campamento de fin de semana comienza con la inscripción a las 4:00 PM el viernes. Se espera que los padres/tutores proporcionen su propia transportación. Por favor lleguen a tiempo para que su hijo pueda unirse con los otros campistas en sus grupos de cabañas. Se espera que todos los padres/tutores asistan a la ceremonia de cierre el domingo por la mañana.

El campamento tiene espacio limitado para los campistas, así que le alentamos a llenar su solicitud lo antes posible. Esperamos crear un fin de semana memorable y sanador para su(s) campista(s).

Atentamente,

Lynn Hebert y Leslie Wilson  
Co-Fundadoras de *Camp Hope*



1632 Ainsdale Drive  
Roseville, CA 95747  
[www.camphopeca.com](http://www.camphopeca.com)  
916-772-1400

---

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

Nombre del Tutor: \_\_\_\_\_

Nombre del Campista: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_ Su parentesco con el Campista: \_\_\_\_\_

Nombre y edades de los hermanos vivos del niño: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quién lo recomendó a *Camp Hope*? \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que falleció: \_\_\_\_\_ Edad de la persona: \_\_\_\_\_

Relación con el Campista: \_\_\_\_\_ Fecha de defunción: \_\_\_\_\_

Causa del fallecimiento: \_\_\_\_\_

¿Vivía el niño con la persona que murió? \_\_\_\_\_

¿Estaba el niño presente en el momento del fallecimiento? \_\_\_\_\_

¿Fue el niño testigo de la muerte? (Favor de explicar) \_\_\_\_\_

¿Ya se anticipaba el fallecimiento? (Si es así, favor de explicar) \_\_\_\_\_

¿Asistió el niño al servicio funerario/velación? (Si es así, ¿cuáles fueron las reacciones del niño o sus comentarios sobre los servicios?

Describa en detalle la relación del niño con el fallecido y cómo se ha visto afectada su vida por esta muerte. (Use una hoja de papel adicional si fuese necesario).

¿Ha estado su niño en algún grupo de apoyo o buscado asesoría?  Sí  No

Si es así, favor de explicar: \_\_\_\_\_



Nombre del Campista: \_\_\_\_\_

Si cualquiera de los puntos anteriores aplica, favor de explicar.

---

---

---

---

¿Ha hecho o dicho algo el niño recientemente que le preocupe a usted? \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Cómo se vincula y relaciona su hijo con sus compañeros?

---

---

---

¿Han hablado usted y el niño de venir a *Camp Hope*?  Sí  No

¿Qué preocupaciones tiene usted, si acaso las tiene, de que el niño venga al campamento?

---

---

---

¿Qué preocupaciones, si ese fuera el caso, expresa su niño?

---

---

---

¿Hay algo que debemos saber sobre las creencias religiosas o fe que practica su niño?

---

---

---

¿Qué otra cosa debemos saber sobre su niño?

---

---

---

---

Talla de camiseta para el campista:

Mediana para jóvenes  Grande para jóvenes

Chica para adultos

Mediana para adultos

Grande para adultos

Extra-grande para adultos

¿Tiene su niño restricciones alimenticias (por ejemplo: vegetariano, o alergias)?

Firma del Campista: \_\_\_\_\_

Firma del Tutor: \_\_\_\_\_

**DAN HEBERT CAMP HOPE**  
**LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, RENUNCIA Y ACUERDO DE ASUMIR EL RIESGO**

En consideración por el permiso para asistir a Dan Hebert Camp Hope ("DHCH") y participar en las actividades de DHCH ("Actividades de campamento"), los abajo firmantes aceptan lo siguiente:

**1. ASUMIR EL RIESGO**

El tutor abajo firmante de \_\_\_\_\_ ("Campista"), un menor de edad, declara que el Campista está físicamente sano y tiene aprobación médica para asistir al DHCH y participar en las Actividades del Campamento, que incluyen, entre otros, senderismo, natación, deportes, juegos y otras actividades, que pueden ser peligrosas y pueden provocar lesiones físicas o emocionales, parálisis o MUERTE del Campista, así como daños a la propiedad o lesiones a terceros. El abajo firmante representa que el Campista ha tenido una evaluación médica antes de asistir a DHCH. Si el Campista no ha tenido una evaluación médica y obtenido la aprobación médica para asistir a DHCH y participar en las Actividades del Campamento, el abajo firmante asume el riesgo de que la condición médica del Campista no sea adecuada para participar en DHCH o en las Actividades del Campamento. AL FIRMAR ESTE ACUERDO, EL ABAJO FIRMANTE, VOLUNTARIA Y LIBREMENTE, ELIGE ASUMIR, EN NOMBRE DEL CAMPISTA, TODOS LOS RIESGOS Y PELIGROS DE LA PARTICIPACIÓN DEL CAMPISTA EN DHCH Y EN ACTIVIDADES DEL CAMPAMENTO.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del abajo firmante

**2. RECONOCIMIENTO**

El abajo firmante reconoce que la asistencia del Campista a DHCH y a las Actividades del Campamento es voluntaria e implica riesgos conocidos y desconocidos que podrían resultar en lesiones físicas o emocionales, parálisis o MUERTE del Campista, así como daños a la propiedad o lesiones a terceros. El abajo firmante entiende que tales riesgos no pueden eliminarse sin eliminar el carácter esencial de DHCH y las Actividades del Campamento. Algunos de estos riesgos incluyen, y no se limitan a, lesiones físicas, exposición al clima y la temperatura severa, la presencia de insectos y animales silvestres, lesiones relacionadas con el calor o el sol, incluyendo quemaduras solares, insolación y deshidratación, huesos rotos y otros riesgos y peligros. El abajo firmante acepta expresamente, en nombre del campista, y se compromete a aceptar y asumir todos los riesgos de asistir a DHCH y participar en las Actividades del Campamento, y que el suscrito está dispuesto a asumir y cubrir los costos de todos los riesgos que pueda crear cualquier condición médica o física conocida o desconocida del Campista. El abajo firmante acepta expresamente y asume voluntariamente todos los riesgos de pérdida, daño o lesión, incluyendo la MUERTE, que pueda sufrir el Campista o cualquier bien que surja de o esté relacionada con DHCH o las Actividades del Campamento.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del abajo firmante

**3. LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

El abajo firmante acuerda para sí mismo, sus herederos, ejecutores, administradores, sucesores y cesionarios liberar, renunciar, descargar, ceder y liberar a DHCH de cualquier responsabilidad, reclamos, demandas, acciones y causas de acción por negligencia común, lesiones personales, daños a la propiedad o muerte injusta que puedan ocurrir al Campista y que puedan surgir como resultado de que el Campista asista a DHCH y/o participe en las Actividades del Campamento.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del abajo firmante

**4. PROMESA DE NO DEMANDAR**

EL ABAJO FIRMANTE, AL FIRMAR ESTE ACUERDO, ACEPTA NO DEMANDAR A DHCH POR NINGUNA ACCIÓN, RECLAMACIONES O DAÑOS, DAÑOS CONFORME A LA LEY O RECURSOS EN EQUIDAD DE CUALQUIER TIPO, Y EXENTAR Y DEJAR A DHCH LIBRE DE RESPONSABILIDAD POR LESIONES PERSONALES, DAÑOS A BIENES, O RECLAMACIONES POR MUERTE CAUSADA POR NEGLIGENCIA DE DHCH O DE CUALQUIER OTRA MANERA, EN LA MEDIDA MÁXIMA PERMITIDA POR LA LEY.

600342053v3 1

**DAN HEBERT CAMP HOPE**  
**LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD, RENUNCIA Y ACUERDO DE ASUMIR EL RIESGO**  
**PÁGINA 2**

**5. ACUERDO DE INDEMNIZACIÓN**

El abajo firmante acuerda para sí mismo y a nombre de sus herederos, a no demandar a DHCH e indemnizar y eximir a DHCH de cualquier pérdida, reclamo, acción o procedimiento iniciado por mí u otra persona, individual o jurídica, incluyendo demandas, juicios, costos, pérdida de servicios, gastos u honorarios de abogados y costos por actividades mencionadas en este acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del abajo firmante

**6. CONTINUACIÓN DE LAS OBLIGACIONES.**

El abajo firmante acuerda para sí mismo y a nombre de sus herederos, que todas las disposiciones de este acuerdo continuarán con plena vigencia ahora y en todos los momentos futuros mientras el Campista esté asistiendo a DHCH o participando en las Actividades del Campamento. En caso de cualquier disputa o controversia sobre este acuerdo, su interpretación, aplicación o vencimiento, la disputa y/o la controversia se resolverán mediante un procedimiento de arbitraje vinculante llevado a cabo por la Asociación Americana de Arbitraje ("AAA") en San Diego, California, de conformidad con las normas de la AAA de arbitraje comercial vigentes en ese momento.

\_\_\_\_\_  
Iniciales del abajo firmante

Al firmar este acuerdo, el suscrito reconoce que "DHCH" incluye a todos los agentes, empleados y voluntarios de DHCH.

Este acuerdo se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de California.

Por la presente, el abajo firmante entiende y acuerda que conforme a este acuerdo, renuncia a todos sus derechos y a los derechos del Campista de conformidad con la Sección 1542 del Código Civil de California, y que por medio de este acuerdo libera al campamento de responsabilidad por todas las lesiones, daños o pérdidas a la persona y sus pertenencias, ya sean bienes personales o inmuebles, conocidos o desconocidos, previsibles, imprevisibles, que él/ella pueda tener contra un tercero, incluyendo un tercero que también haya sido liberado de responsabilidad por la presente.

AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, el abajo firmante da fe que (i) ha leído **cuidadosamente y comprende completamente** el contenido completo de este acuerdo, (ii) entiende que este acuerdo es una **Liberación de Responsabilidad, Asunción de Riesgo, Promesa de No Demandar y acuerdo de Indemnización** y (iii) firma este acuerdo por su propia voluntad en nombre del Campista.

*El abajo firmante debe completar TODOS los espacios a continuación:*

**CAMPISTA:**

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre del Campista: \_\_\_\_\_  
Parentesco con el abajo firmante: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**TUTOR:**

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre impreso: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persona adicional de contacto en caso de emergencia y teléfono:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DAN HEBERT CAMP HOPE – FORMULARIO DE ANTECEDENTES DE SALUD DEL CAMPISTA**  
Este formulario debe ser completado por el tutor – FAVOR DE LLENAR AMBOS LADOS

Nombre del Campista \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del campista: \_\_\_\_\_

Tutor: \_\_\_\_\_ Persona(s) que falleció (fallecieron): \_\_\_\_\_

Persona adicional de contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Tel. de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Condiciones de salud (Marque todas las que sean aplicables)

Asma \_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Resfriados (frecuentes) \_\_\_\_\_ Infecciones de oído (frecuentes) \_\_\_\_\_ Epilepsia \_\_\_\_\_  
Problema/enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_ Dolores de cabeza (frecuentes) \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_ VIH \_\_\_\_\_ Discapacidad física \_\_\_\_\_

Operaciones o lastimaduras serias (incluya fechas) \_\_\_\_\_

Otras condiciones \_\_\_\_\_

Alergias (Marque todas las que sean aplicables) \_\_\_\_\_

Medicamentos (favor de ser específico) \_\_\_\_\_

Alimentos \_\_\_\_\_

Picaduras/mordeduras de insectos \_\_\_\_\_ Fiebre de heno/sinusitis \_\_\_\_\_ Hiedra venenosa \_\_\_\_\_

**¿Están al corriente las vacunas? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. Fecha de la última vacuna contra tétano \_\_\_\_\_ Fecha de la última prueba de Tuberculosis \_\_\_\_\_**

¿Algún plan alimenticio o restricciones en la dieta prescritas por un médico? \_\_\_\_\_

¿Tratamiento para o problemas de comportamiento o emocionales? \_\_\_\_\_

**¿Información adicional/tratamiento de cualquiera de los indicados arriba u otras condiciones crónicas o recurrentes?**

\_\_\_\_\_

Doctor/Pediatra de la familia: \_\_\_\_\_ Núm. Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico/hospitalario familiar? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cual es la compañía de seguro?: \_\_\_\_\_ Número de seguro: \_\_\_\_\_

**Notifique a Camp Hope si el campista estuvo expuesto a alguna enfermedad contagiosa durante las tres (3) semanas anteriores a la asistencia al campamento. POR FAVOR avise si el campista está tomando medicamentos para cualquier enfermedad contagiosa.**

**IMPORTANTE: este formulario DEBE llenarse COMPLETAMENTE y el tutor del campista DEBE firmar abajo antes de que el campista pueda asistir al campamento.**

**Estos antecedentes de salud son correctos y actualizados. Por la presente doy permiso al personal médico seleccionado por el director del campamento para ordenar radiografías, pruebas de diagnóstico de rutina, tratamiento y transporte necesario para el Campista. En caso de que no puedan contactarme en una emergencia, por la presente autorizo al médico o profesional de la salud calificado seleccionado por el director del campamento para obtener y administrar tratamiento, incluyendo hospitalización para el Campista.**

**FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_**

**NOTA: Se contactará al Tutor por cualquier problema médico importante que ocurra en el campamento. Asegúrese de darnos su número de teléfono para poder contactarlo este fin de semana.**

**NÚMERO TELEFÓNICO PARA LOCALIZAR AL TUTOR DURANTE EL FIN DE SEMANA:**

\_\_\_\_\_

Dan Hebert – Formulario de Antecedentes de Salud  
Página 2

INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS

¿Puede el personal de salud autorizado de Camp Hope administrar medicamentos de venta libre (OTC, por sus siglas en inglés)?, los cuales pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- |   |               |
|---|---------------|
| Tylenol (dosis para niños) – dolor menor/dolor de cabeza    | SÍ ___ NO ___ |
| Advil (Ibuprofeno) (dosis para niños) – dolor menor         | SÍ ___ NO ___ |
| Benadryl (dosis para niños) – alergias/picadura de insectos | SÍ ___ NO ___ |
| Benadryl gel o Loción de Calamina (tópica)                  | SÍ ___ NO ___ |

El personal de salud **administrar**á Epipen (>66 libras) o **Epipen JR** (<66 libras) para una reacción alérgica mayor inmediatamente después del diagnóstico.

¿Está tomando el Campista algún medicamento actualmente? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_  
¿Necesita medicamentos este fin de semana en el campamento? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_ Conforme se necesiten \_\_\_\_\_

**SI LA RESPUESTA A ESTAS PREGUNTAS ES AFIRMATIVA O CONFORME SE NECESITEN, FAVOR DE COMPLETAR EL RESTO DEL FORMULARIO.**

Nombre del Campista \_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA: si el campista está tomando medicamentos recetados, todos los medicamentos recetados DEBEN traerse al campamento en su envase original, debidamente etiquetado. Este recipiente debe tener SOLAMENTE el número correcto de pastillas para el fin de semana del campamento. NO traiga los medicamentos del Campista en una bolsa de plástico. Cualquier cambio en las instrucciones prescritas en el envase debe ser verificado por escrito por un médico y proporcionado al personal de salud. Si el campista usa una Epipen o Benadryl para reacciones alérgicas, tráigalas al campamento. Asegúrese que no haya expirado.**

**PARA SU INFORMACIÓN:**

1. Todos los medicamentos deben entregarse al personal de atención médica cuando inscriba a su campista el viernes. Por favor tenga los frascos/recipientes listos para entregar al personal de atención médica.
2. Todos los medicamentos serán administrados por el personal de atención médica. Los inhaladores de asma pueden ser auto-administrados (por el campista) con el permiso del tutor. Todos los medicamentos serán retenidos por el personal de atención médica durante el fin de semana y se devolverán al padre/tutor al finalizar el campamento.

**Anote TODOS los medicamentos del Campista:** \_\_\_\_\_  
**Instrucciones especiales:** \_\_\_\_\_

**El/los siguiente(s) medicamento(s) (del envase original) deberán ser administrador al Campista durante su estancia en Camp Hope tal y como se indica a continuación:**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Recetado para: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Para ser administrado conforme se requiera.  
 \_\_\_ Para ser administrado como sigue: Horario \_\_\_\_\_ a.m. /p.m.  
 Viernes          Sábado          Domingo          (Encierre en un círculo los días que se administrará)

Nombre del doctor que prescribió el medicamento (Favor de usar letra de molde): \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Firma del médico o Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**TODOS LOS MEDICAMENTOS DEBERÁN ESTAR EN SU ENVASE ORIGINAL Y COLOCADOS DENTRO DE UNA BOLSA PLÁSTICA TIPO “ZIPLOC” JUNTO CON ESTE FORMULARIO COMPLETO, SI ES QUE SE ADMINISTRARÁN DURANTE EL CAMPAMENTO.**



**CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO MÉDICO,**  
**LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA AUTORIZADA Y**  
**REQUISITOS PARA REPORTAR ABUSO INFANTIL**

**Consentimiento de Tratamiento y Diagnóstico Médico**

El tutor abajo firmante de \_\_\_\_\_ ("Campista"), un menor, al dar su consentimiento para permitir que el Campista asista a Dan Hebert Camp Hope ("DHCH") y participe en las actividades de DHCH, permite al personal médico y de enfermería de DHCH prestar los primeros auxilios necesarios para el Campista en el caso de un accidente, enfermedad o lesión, y controlar la administración de medicamentos recetados traídos a DHCH por el Campista, el suscrito, u otro(s) padre(s) / tutor(es) legal(es) del Campista, según lo designado por el suscrito.

**Si el Campista requiere atención médica para cualquier enfermedad o lesión grave, el abajo firmante, por este medio, autoriza a DHCH, a sus agentes y empleados, bajo la instrucción especial de un médico o proveedor de atención médica certificado, a proporcionar atención médica, incluyendo, mas no limitadas a, tomar rayos-x, administrar anestesia, realizar diagnósticos médicos o de cirugía y administrar tratamiento necesario al Campista, incluyendo, si fuese necesario, servicios de hospital, sea que dicho diagnóstico o tratamiento sea emitido en la oficina de dicho médico, en un hospital certificado, o en DHCH.**

Al firmar este consentimiento, el suscrito reconoce que su consentimiento para el tratamiento del Campista se otorga **antes de cualquier diagnóstico o tratamiento específico que pueda ser necesario**, y dicho consentimiento autoriza a DHCH, a cualquier médico con licencia o proveedor de atención médica elegido por DHCH para brindar asistencia médica al Campista y a ejercer su mejor juicio en cuanto al tratamiento médico del Campista.

En el caso de una emergencia médica o la necesidad de asistencia médica, el Campista será llevado al proveedor de atención médica más cercano, ya sea en una sala de emergencias o en otro lugar. **En caso de que surja la necesidad de atención médica, el suscrito será responsable financieramente de todos los costos incurridos en la atención médica al Campista.** DHCH no está obligado a proporcionar un seguro para el cuidado del Campista, ni tampoco DHCH asumirá la responsabilidad financiera por la asistencia médica prestada al Campista

El abajo firmante reconoce que, en caso de un accidente grave o una enfermedad grave del Campista, **se hará todo lo posible** para localizar al abajo firmante o a cualquier persona designada para tal fin por el abajo firmante antes de brindar tratamiento al Campista, **pero ese tratamiento no será detenido si el abajo firmante no puede ser localizado.** El abajo firmante, por la presente, reconoce que su consentimiento a las acciones mencionadas anteriormente **tiene efecto inmediatamente después de firmar este consentimiento**, y dicho consentimiento permanecerá en vigencia continua hasta que sea revocado explícitamente por escrito o hasta que el Campista sea removido del cuidado de DHCH por el abajo firmante u otro padre/tutor designado por el abajo firmante.

**EL ABAJO FIRMANTE ACEPTA LIBERAR A DHCH DE CUALQUIER Y TODA RESPONSABILIDAD DERIVADA DE CUALQUIER ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA POR EL CAMPISTA POR CUALQUIER MÉDICO O PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA MIENTRAS EL CAMPISTA PARTICIPA EN DHCH, EN CUALQUIER CAPACIDAD, O BAJO EL CUIDADO DE DHCH, INCLUYENDO, MAS SIN LIMITARSE A LA TRANSPORTACIÓN HACIA Y DESDE DHCH, HASTA DONDE LO PERMITA LA LEY.**

\_\_\_\_\_  
**Iniciales del abajo firmante**

**Divulgación de información médica**

Por la presente, el abajo firmante autoriza a cualquier hospital, médico con licencia o proveedor de atención médica que atienda o examine al Campista a proporcionar a la compañía de seguros de DHCH o a su representante, toda la información con respecto a cualquier enfermedad, historial médico, consultas, recetas o tratamiento, y copias de todos los registros hospitalarios o médicos del Campista, según sea necesario, hasta donde sea permitido por la ley federal. Una copia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

\_\_\_\_\_  
**Iniciales del abajo firmante**

**Información sobre el reporte de abuso infantil**

La Ley de Denuncia de Negligencia y Abuso Infantil de California establece procedimientos para denunciar e investigar el abuso infantil (incluidos, entre otros, el abuso sexual, el descuido, la violación conforme lo identifica la ley, los actos lascivos o impúdicos y los castigos corporales), e impone la obligación de denunciar el abuso infantil a ciertos individuos, incluyendo la mayoría de los proveedores de atención médica. Si algún miembro del personal de DHCH tiene conocimiento u observa a un niño al que un miembro del personal sabe o sospecha razonablemente que ha sido víctima de abuso o negligencia infantil, el DHCH presentará un informe a las autoridades correspondientes, y dicho informe incluirá (i) el nombre, dirección, ubicación, escuela, grado y clase del niño, (ii) los nombres, direcciones y números de teléfono de sus tutores, y (iii) los nombres, direcciones, números de teléfono y otra información relevante sobre el(los) posible(s) abusador(es).

Si alguna parte de este Acuerdo se considera inválida o inaplicable por cualquier tribunal de jurisdicción competente, las demás disposiciones de este Acuerdo permanecerán en pleno vigor y efecto.

Este consentimiento y cualquier disputa o reclamo que surja de o en conexión con él se registrará e interpretará de acuerdo con la ley del Estado de California.

**AL FIRMAR A CONTINUACIÓN**, el abajo firmante da fe de que (i) **ha leído cuidadosamente y entiende completamente** el contenido de este consentimiento, y (ii) firma el consentimiento de su propia voluntad, tanto a su propio nombre como a nombre del Campista.

<b>CAMPISTA:</b>	<b>TUTOR:</b>
Firma: _____	Firma: _____ Nombre impreso: _____
Nombre del campista: _____	Fecha: _____ Teléfono: _____
Relación con el abajo firmante: _____	Domicilio: _____
Fecha de nacimiento: _____	Contacto/teléfono adicional de emergencia: _____

DAN HEBERT CAMP HOPE

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIAR Y PUBLICAR LAS FOTOGRAFÍAS

El abajo firmante, tutor de \_\_\_\_\_ ("**Campista**") autoriza a Dan Hebert Camp Hope ("**DHCH**") y sus agentes y empleados a fotografiar o grabar al Campista durante la participación del Campista en DHCH. El abajo firmante acepta que DHCH puede usar y permitir que otras personas utilicen los negativos, impresiones, duplicados, cintas, discos compactos, grabaciones de video digitales o materiales similares (los "**Materiales**") para tales fines y de la manera que DHCH considere apropiada. El suscrito acepta que los Materiales pueden usarse para fines que incluyen, entre otros, la difusión a médicos, profesionales de la salud, estudiantes y miembros del público, y que dicha difusión se puede realizar de cualquier manera.

**Los Materiales sólo se utilizarán para publicitar a DHCH y recaudar fondos a nombre de DHCH. El abajo firmante da su consentimiento para permitir el uso de los Materiales para ayudar a los objetivos de relaciones públicas y caritativas del DHCH y por la presente renuncia a cualquier derecho de compensación propio o del Campista con respecto a dichos Materiales.** El abajo firmante y sus sucesores y asignados liberan a **DHCH** y a sus sucesores y asignatarios de y contra cualquier reclamo por lesiones, daños y todos los derechos de compensación resultantes de las actividades autorizadas por este consentimiento.

Este consentimiento y cualquier disputa o reclamo que surja de o en relación con él estarán regidos por y elaborados de conformidad con las leyes del Estado de California.

El término "**fotografía**" significa películas o fotografías, en cualquier formato o medio, incluyendo video o discos, grabaciones digitales o cualquier otro medio de grabación y reproducción de imágenes.

**AL FIRMA A CONTINUACIÓN**, el abajo firmante da fe de que (i) él/ella **ha leído** cuidadosamente y entiende completamente el contenido de este consentimiento y (ii) firma el consentimiento en su propia libertad.

<b>CAMPISTA:</b>	<b>TUTOR:</b>
Firma: _____	Firma: _____
Nombre del campista: _____	Nombre impreso: _____
Relación con el abajo firmante: _____	Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____	Teléfono: _____
	Domicilio: _____

teléfono: \_\_\_\_\_ Persona adicional de contacto en caso de emergencia y

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Nombre del participante (Imprimir legiblemente con LETRAS MAYUSCULAS)

Apellido \_\_\_\_\_

Primer nombre \_\_\_\_\_

**FORMULARIO INDIVIDUAL DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES**  
**Fundación de la Familia Taylor en *Camp Arroyo***

Organización visitante/Nombre del grupo \_\_\_\_\_

Domicilio del participante \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Condado donde vive \_\_\_\_\_ Edad en el momento de participar \_\_\_\_\_ Encerrar en un círculo: M F

Nombre del tutor (si el participante es menor de edad) \_\_\_\_\_ Relación con el menor \_\_\_\_\_

Tel. en casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. en el trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Favor de leer cuidadosamente – Se requiere su firma**

Si el participante mencionado anteriormente tiene menos de 18 años de edad, declaro que estoy autorizado como su tutor legal para firmar este formulario de exención de responsabilidad en su nombre, y entiendo y acepto que están sujetos a todos los términos y condiciones de este documento.

En consideración a los servicios provistos por la Fundación de la Familia Taylor (“TTFF”), el YMCA de East Bay y el Distrito del Parque Regional de East Bay, y sus respectivos agentes, empleados, directores, oficiales, contratistas, voluntarios (colectivamente, las “Partes Liberadas”), en relación con la participación del Participante en el programa de Organizaciones Visitantes (“Programa”) en Camp Arroyo, yo como Participante o, si el Participante es menor de edad, como padre/tutor del Participante, acuerdo de la siguiente manera:

Estoy familiarizado con el Programa y todas mis preguntas sobre el Programa, incluidas las preguntas relacionadas con los detalles de las actividades, las condiciones físicas y la ubicación del Programa, han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo que la participación en el Programa crea un riesgo de lesiones y reconozco expresamente y asumo el riesgo de tal lesión al Participante. A continuación se describen algunos de esos riesgos:

- El Programa involucra actividades al aire libre donde los riesgos de la exposición al medio ambiente incluyen hiedra venenosa, insectos, víboras, depredadores, fuerzas de la naturaleza impredecibles como tormentas, terremotos, e incendios. Entrar a áreas restringidas de la propiedad está prohibido y puede ser peligroso.
- El Programa puede requerir viajar a una actividad fuera del lugar por autobús o en un vehículo, y los componentes del Programa puede o no incluir: artes y manualidades, natación, basquetbol, bochas, deportes de campo, pista de desafío (incluyendo escalada en roca, tirolesa, pista de desafío de cuerdas altas y bajas), pasear a caballo, senderismo, navegar en bote, y jardinería. Posibles lesiones pueden incluir, pero no están necesariamente limitadas a: quemaduras de sol, deshidratación, insolación, resbalar, caer, ahogamiento, y otras lesiones y condiciones ligeras o serias.
- Se requerirá que todos los Participantes tomen una prueba de natación. A los participantes que no pasen la prueba de natación sólo se les permitirá estar en la parte menos profunda de la alberca y usando un chaleco salvavidas. Si el tutor de esos participantes indicados anteriormente no desea que el Participante use un chaleco salvavidas, pueden indicarlo en el recuadro abajo\*.

Estoy de acuerdo en que esta descripción de riesgos no está completa, y que riesgos desconocidos o no anticipados pueden resultar en pérdida de propiedad, lesiones o muerte. Entiendo que el carácter único de este Programa es servir a participantes que son médicamente frágiles y/o de alto riesgo. He enviado, a mi leal saber y entender, información completa sobre los antecedentes de salud a la organización mencionada anteriormente y declaro que el Participante está libre de condiciones médicas o físicas que podrían crear un riesgo indebido para el Participante. Declaro que el Participante es completamente capaz de participar en este Programa. Por lo tanto, asumo y acepto toda la responsabilidad y asumo el riesgo de y por cualquier lesión, muerte, pérdida de propiedad personal y/o gastos que puedan resultar de la participación del Participante en este Programa, y además acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a las Partes Liberadas, Pacific Leadership Institute, Fort Miley Adventure Challenge Course, Challenge Works, Urban Concessionaires, Durham Bus Service, Black Tie Transportation, Bauer Transportation, Reins in Motion, Peggy James, SonRise Equestrian Foundation y cada uno de sus agentes, empleados, directores, oficiales, contratistas, voluntarios y todas

las entidades asociadas con ellos en la medida máxima de la ley, de todos los reclamos, daños, pérdidas o responsabilidad que pueda resultar de la participación del Participante en el Programa.

### **Alergias Alimenticias y Notificaciones, Reconocimiento y Liberación de Responsabilidad en Caso de Alergias**

Un ambiente libre de alérgenos, incluidos, entre otros, los alérgenos alimenticios, NO SE PUEDE garantizar en Camp Arroyo. Si bien se harán esfuerzos razonables para servir alimentos que no contengan ingredientes con alérgenos, Camp Arroyo prepara las comidas en una instalación que utiliza nueces, soya, trigo y otros alérgenos conocidos. Por lo tanto, las Partes Liberadas no pueden garantizar que ningún producto alimenticio esté libre de rastros de alérgenos en particular, que el consumo de un producto alimenticio no provoque algún tipo de reacción alérgica o que el Participante no entre en contacto con ningún alérgeno mientras que esté en Camp Arroyo y participando en el Programa. El abajo firmante reconoce y acuerda que i) él/ella tiene conocimiento de tales riesgos y que la participación en el Programa expondrá al Participante a alimentos, actividades y personas que pueden resultar en exposición a alérgenos, así como a lesiones y, al respecto y asumiendo tales riesgos, el abajo firmante libera y exime completamente a las Partes Liberadas de toda responsabilidad y/o responsabilidad con el Participante, con el suscrito o con cualquier tercero por muerte y/o lesiones al Participante, y/o cualquier daño directo, indirecto o punitivo, incidental, o cualquier daño que surja de o esté relacionado con la participación del Participante en el Programa en Camp Arroyo y/o la exposición a alérgenos alimenticios.

Iniciales del Participante/Padre/Tutor \_\_\_\_\_

### **Política sobre perros en Camp Arroyo**

En colaboración con el Decreto 38 del Distrito de Parque Regional East Bay, favor de respetar la siguiente política sobre perros en Camp Arroyo:

- No se permiten perros en las instalaciones a excepción de perros de ayuda a discapacitados (perros de servicio).
- Todos los perros de servicio deberán de usar correa y estar con el humano asignado en todo momento.
- Los propietarios de los perros son responsables de remover inmediatamente y tirar adecuadamente el excremento de los perros.

Si hay un perro en las instalaciones, y no es un perro de servicio o hay alguna otra infracción a la política sobre perros, el personal de Camp Arroyo, incluyendo EBRPD, YMCA, o TTFF, llamará al Departamento de Seguridad Pública de Distrito del Parque Regional East Bay y se les multará por infringir las leyes del parque.

### **Declaración de Comprensión y Liberación Legal de la Pista de Desafío Aventura de PLI/Fort Miley**

Este Formulario de Liberación de Responsabilidad también cubre la participación en la Pista de Cuerdas de Aventura ofrecido por PLI, Fort Miley. Entiendo que ciertos elementos de este programa son físicamente exigentes y que el Participante solo debe participar en la Pista de cuerdas si no tiene condiciones médicas o físicas que puedan crear un riesgo indebido para el Participante u otros participantes. El Participante está libre de tales condiciones y soy consciente de que estas actividades pueden causar lesiones al Participante o a sus pertenencias. En la medida en que el Participante participe en dichas actividades, lo hace voluntariamente y asumo toda la responsabilidad por cualquier pérdida y/o inconveniente que resulte de la participación del Participante. Además estoy de acuerdo con indemnizar y eximir de responsabilidad a las Partes Liberadas, PLI, Fort Miley, el Servicio de Parques Nacionales, la Fundación de la Universidad Estatal de San Francisco y todos y cada uno de sus funcionarios, directores, empleados y agentes de cualquier responsabilidad incurrida como resultado de la participación del Participante. También estoy de acuerdo en que esta Liberación de Responsabilidad servirá como una liberación legal completa y asunción de riesgo para los herederos, ejecutores y administradores del Participante, y todos los miembros de la familia, incluidos los menores de edad.

### **Liberación para Promociones/Fotografías**

Una de las mejores maneras de explicar nuestra misión de apoyar a los niños es a través de fotografías, ilustraciones y testimonios de los participantes de nuestro programa. Las usamos en nuestros folletos, boletines informativos, informes anuales y sitios web, así como en otros medios promocionales que incluyen televisión, periódicos, artículos de revistas y sitios de redes sociales, como Facebook. Acepto que el video, las fotografías y los testimonios tomados del Participante u otros materiales creados por el Participante y presentados a TTFF pasarán a ser propiedad de TTFF, a su discreción, para fines publicitarios o de comercialización, y por este medio doy mi consentimiento irrevocable y autorizo dicho uso sin restricciones.

Además, renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, incluyendo copia escrita o electrónica, en la que aparezca mi imagen. Adicionalmente, renuncio a cualquier derecho a compensación que surja o esté relacionado con el uso de la fotografía. Por este medio, libero y declaro que TTFF queda exento de todas las reclamaciones, demandas y causas de acción que yo, mis herederos, representantes, ejecutores, administradores o cualquier otra persona que actúe en mi nombre o en nombre de mi patrimonio tenga o pueda tener por motivo de esta autorización.

Si usted no proporciona autorización para el uso de fotografías o video del Participante(s), debe enviar un correo electrónico a nuestra oficina, al [program@ttff.org](mailto:program@ttff.org), con el nombre del Participante(s) y las fechas en las que él/ella estará en el campamento. Esta información deberá proporcionarse dentro de los primeros cinco (5) días a partir del primer día en que llegue el Participante al campamento.

He leído este formulario de liberación antes de firmar abajo y entiendo completamente el contenido, significado, e impacto de esta liberación.

**Al firmar abajo, usted entiende y está de acuerdo con los términos y condiciones de este documento.**

Firma del Participante (si tiene 18 años de edad o mayor) \_\_\_\_\_ F e c h a : \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Favor de responder a las siguientes preguntas:**

Sí  No \*Si el Participante no pasa la prueba de natación, doy mi permiso para que nade en la parte menos profunda sin un chaleco salvavidas. (Al marcar NO, el Participante tendrá que usar un chaleco salvavidas en la parte menos profunda de la alberca).

Sí  No Doy mi permiso para que el Participante participe en la Pista de Desafío de Aventura.