



### **ASUNCIÓN DE RIESGO**

Entiendo que existen riesgos al participar en actividades voluntarias y talleres educativos relacionados con las Clínicas y el Programa de Extensión Universitaria de Maestros Jardineros de la Universidad Estatal de Washington (WSU).

En consideración a, y como condición para, poder participar en esta actividad voluntaria, acepto asumir la total responsabilidad por todos y cada uno de los riesgos que existan, incluido el riesgo de muerte, lesiones, pérdida o daños a mi propiedad. Entiendo que puede haber riesgos que WSU no puede predecir ni prever, y también asumo toda la responsabilidad por esos riesgos.

Los riesgos de participar en las actividades del Programa de Extensión Universitaria de Maestros Jardineros de WSU incluyen, entre otros: dolor muscular temporal o permanente, esguinces, distensiones, cortes, abrasiones, hematomas, daños en ligamentos y/o cartílagos; daño ortopédico; lesiones graves en la cabeza, el cerebro, el cuello o la columna vertebral; parálisis; pérdida del uso de brazos y/o piernas; daño ocular; desfiguración; y muerte. También reconozco que existen riesgos previsibles e imprevisibles de lesiones o muerte que pueden ocurrir como resultado de viajar hacia o desde las actividades relacionadas con el Programa de Extensión Universitaria de Maestros Jardineros de WSU que no se pueden enumerar específicamente. Además, reconozco que las acciones de otros participantes en la actividad pueden ocasionar daños o pérdidas que afecten a mi persona o a mi propiedad.

### **AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE EMERGENCIA**

En caso de emergencia que requiera atención médica o en una situación que los agentes autorizados de la Extensión Universitaria de WSU, incluido el personal y los voluntarios de Maestros Jardineros, crean razonablemente que es una emergencia, autorizo a WSU y a sus agentes autorizados a obtener atención médica de emergencia si yo no puedo hacerlo. Seré responsable de cualquier gasto efectuado al hacerlo, incluidos, entre otros, la atención por parte de profesionales de la salud, la atención hospitalaria y el servicio de ambulancia u otros servicios.

Eximo de responsabilidad y acepto indemnizar a WSU, sus agentes y empleados autorizados, y al personal y voluntarios del Programa de Extensión Universitaria de Maestros Jardineros de WSU por las decisiones de buscar tratamiento de emergencia.

### **EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Eximo al estado de Washington, a los regentes de WSU, a WSU, a cualquier subdivisión o unidad de WSU, a sus funcionarios, empleados/voluntarios y agentes, de toda responsabilidad, reclamo, costo, gasto, lesión y/o pérdida personal o de la propiedad que pueda sufrir o que pueda sufrir como resultado de muerte o lesión, como resultado de, o en relación con, la participación en el programa y/o evento mencionado anteriormente. Mi participación incluye, entre otras cosas, viajar hacia y desde el evento en un vehículo privado o público, cualquier actividad relacionada con el programa y/o evento en sí, y el uso de equipos o instalaciones estatales para el programa y/o evento, ya sea dentro o fuera de la propiedad de WSU. He leído atentamente este documento, comprendo su contenido y estoy completamente informado sobre este programa y sus circunstancias. Soy consciente de que este documento es un contrato con WSU y los patrocinadores del programa. Celebro este contrato con libertad y de manera voluntaria.

Marque esta casilla si el participante es mayor de 18 años ☐

Nombre del participante: \_\_\_\_\_  
(letra de imprenta)

Nombre de padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_  
(letra de imprenta)

Firma del participante o  
padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Se requiere la firma del padre o la madre para aquellos menores de 18 años; se requiere la firma del tutor para las personas legalmente incapaces y para cualquier menor para quien se designe un tutor.

*Los programas de extensión y empleo están disponibles para todos sin discriminación. Las pruebas de incumplimiento se pueden informar a través de su Oficina de Extensión local.*