

Nombre del Cliente:

# ADENDA A CONSENTIMIENTO INFORMADO/ RENUNCIA Y EXENCION DE RESPONSIBILIDAD RECONOCIMIENTO DE RIESGOS

Por favor de indicar cuales programas el participante estará participando en (marque todos los que aplique):

[ ] CAIDAS, incluyendo prevención y disminución [ ] Clase acuática

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ | ] Condición y equilibrio | [ ] Programa físico con silla | [ ] Yoga | [ ] Entrenamiento para el cuidador |
| [ | ] Otro |  |  |  |

[ ] consentimiento y renuncia del cuidador, guardián o en nombre del menor

# Antes de firmar esta Exención de Responsabilidad, el abajo firmante ha sido informado comprende y acepta lo siguiente:

En consideración al acuerdo entre el abajo firmante y el Challenge Center, el abajo firmante libera a la entidad comercial, instalación, propietarios, operadores, empleados, instructores, técnicos, Junta de Directores, voluntarios, agentes y afiliados del Challenge Center (colectivamente y en adelante referido como "personal del Challenge Center") de todas y cada una de las reclamaciones, demandas y acciones, que resulten o estén relacionadas con lesiones personales y / o daños a la propiedad, sufridas durante la participación en cualquier programa afiliado al Challenge Center, incluyendo todas las actividades relacionadas con el Challenge Center ocurre fuera del sitio, antes o después de la asistencia a un programa del Challenge Center.

Yo entiendo y acepto asumir los riesgos de participar en uno o más de los programas que he indicado anteriormente. Se me ha informado y entiendo que cada una de estas actividades tiene riesgos asociados con la participación. Algunos, pero no todos, los riesgos se identifican de la siguiente manera:

CAIDAS, Equilibrio y Balance: Los objetivos de esta clase son reducir o minimizar el riesgo de lesiones debido a una caída. Sin embargo, en el proceso de aprender las técnicas o implementar las técnicas durante o después de completar la clase conlleva cierto aumento del riesgo de lesiones, hasta e incluyendo la muerte. Entiendo que la participación e implementación de las técnicas en esta clase aumentan el riesgo de lesiones, incluidos, entre otros, hematomas, esguinces, fracturas de huesos, contusión de cabeza, fractura de cabeza o hematoma y muerte. Además, acepto que he informado al personal del Challenge Center de todas las condiciones físicas conocidas que tengo que pueden aumentar el riesgo asociado con la participación en esta clase y la implementación de las técnicas. Dichas condiciones incluyen, entre otras, lesiones previas, osteoporosis, vértigo o alteraciones del equilibrio, procedimientos quirúrgicos recientes y uso de dispositivos de asistencia para la movilidad, debilidad de la parte inferior del cuerpo, uso de medicamentos, como tranquilizantes, sedantes o antidepresivos y problemas de visión o impedimentos.

Clase Acuática: Entiendo que la clase de deportes acuáticos implica la inmersión en agua y aumenta el riesgo de lesiones relacionadas con el agua, que incluyen, entre otros, ahogamiento, aspiración, neumonía, resbalones y caídas sobre superficies mojadas, cortes, hematomas, infección y muerte. Además, acepto que he informado al personal del Challenge Center de todas las condiciones físicas conocidas que tengo que pueden aumentar el riesgo asociado con la participación en esta clase. Dichas condiciones incluyen, entre otras, vértigo o alteraciones del equilibrio, heridas abiertas, enfermedad reciente, debilidad de la parte inferior del cuerpo, uso de medicamentos, como tranquilizantes, sedantes o antidepresivos, y problemas o alteraciones de la visión.

Programa físico de silla y Yoga: Entiendo que existen riesgos asociados con la participación en estas clases, que incluyen, entre otros, distensiones o esguinces musculares, molestias o inflamación en las articulaciones, caídas y lesiones resultantes de una caída. Además, acepto que he informado al personal del Challenge Center de todas las condiciones físicas conocidas que tengo que pueden aumentar el riesgo asociado con la participación en esta clase. Dichas condiciones incluyen, entre otras, vértigo o alteraciones del equilibrio, enfermedad reciente, uso de medicamentos, como tranquilizantes, sedantes o antidepresivos, vértigo, alteraciones del equilibrio y problemas o alteraciones de la visión.

En consideración a mi uso del Challenge Center y participación en los programas del Challenge Center, entiendo y acepto asumir los riesgos relacionados con mi salud y bienestar y asumo la responsabilidad de cualquier lesión o evento adverso que pueda ocurrir, incluyendo pero no limitado a los que fueron mencionado anteriormente.

Yo, el abajo firmante, reconozco que se me ha informado y comprendo los riesgos asociados con la participación en los programas identificados anteriormente. El abajo firmante entiende que la firma de este adenda es evidencia del reconocimiento y la asunción por parte del abajo firmante de todos los riesgos involucrados en los programas y actividades y la intención específica de mantener al personal de Challenge Center y a la instalación del Challenge Center libre de culpa de todas las reclamaciones por lesiones personales de cualquier tipo y daños a la propiedad relacionados con participación en los programas y actividades.

YO, EL FIRMADOR, CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LO ANTERIOR Y E RECIBIDO UNA COPIA DEL LO MENCIONADO. YO SOY EL PARTICIPANTE, EL REPRESENTATE LEGAL DEL PARTICIPANTE, O DE OTRA MANERA AUTORIZADO POR EL PARTICIPANTE PARA FIRMAR Y ACEPTAR LOS TÉRMINOS ANTERIORES EN SU NOMBRE.

FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del participante o el representante del participante:

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

Firma del participante o el representante del participante:

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

Direccion:

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

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

Numero de Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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