

# CAMP CELEBRATE

## DEL 19 AL 21 DE MAYO DE 2023

Estimados campistas y padres:

¡Llegó de nuevo la hora de *Camp Celebrate* 2023! Encontrará el paquete de registro anexo a esta carta. Son varias páginas, así que ¡asegúrese de llenarlas todas! Preste especial atención a cada página, ya que cada campista debe tener todo completo para poder asistir al campamento. **El primer paso es programar el examen físico pre-campamento.** Se pueden organizar reconocimientos médicos gratuitos a través del departamento de salud en su localidad.

Páginas 2-3	Inscripción Todos los campistas	Debe completarlo el padre, madre o tutor del campista	No se olvide de llenar la sección en azul sobre el picnic familiar del domingo
Páginas 4-6	Formulario médico Todos los campistas	Debe completarlo el padre, madre o tutor del campista	Es necesario completarlo para que el adolescente pueda asistir al campamento.
<b>*Página 6</b>	<b>Todos los campistas</b>	<b>*Debe completarlo el proveedor de atención médica*</b>	<b>Haga una cita lo antes posible para que le hagan un examen físico. Pídeles que llenen la parte de abajo de la pág. 6. Necesitamos este formulario a más tardar el 3 de mayo. ¡Por favor llámenos si tiene alguna pregunta!</b>
Página 7	Todos los campistas	Debe firmarlo el campista y el padre, madre o tutor	Hable sobre esta página con su niño/campista.
Página 8	Todos los campistas	Debe firmarlo el padre, madre o tutor	En la pagina web del Centro de Quemaduras ( <i>Burn Center</i> ) se usan fotografías e información sobre los campistas para la cobertura de los medios de comunicación acerca del campamento y para hacer presentaciones profesionales. El <i>Burn Center</i> protege a sus pacientes y su información de salud personal. Si tiene alguna preocupación al respecto, contacte con nuestro personal.
Página 9	Todos los campistas	Debe firmarlo el campista y el padre, madre o tutor	Cada departamento de bomberos se hará responsable de los campistas que lleven en el camión hasta el campamento. Irán por lo menos 2 campistas por camión.
Página 10	Campistas entre los 13 y los 18 años	Debe firmarlo el campista y el padre, madre o tutor	Fírmelo, aunque su hijo o hija diga que no le interesa participar. Parte del objetivo de <i>Camp Celebrate</i> es animar a los campistas a enfrentar temores. No obstante, nosotros no obligamos a nadie a participar en esta actividad.

**\*\*Complete todo el paquete de inscripción y envíelo antes del 3 de mayo de 2023**

**FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR LA SOLICITUD:  
3 DE MAYO DE 2023**

**Dirección postal:  
Camp Celebrate  
101 Manning Dr. CB# 7600  
Chapel Hill, NC 27599**

**Devuelva todos los formularios lo antes posible**

**por correo electrónico, correo postal o fax.**

**Correo electrónico: [Maria\\_Albani@med.unc.edu](mailto:Maria_Albani@med.unc.edu)**

**Fax: 919-445-9704 (Si los envía por fax, envíenos un correo electrónico para confirmar que los recibimos)**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LOS CAMPISTAS**

Nombre completo del campista: \_\_\_\_\_ Cómo le llaman: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Segundo) (Apellidos)

Fecha de nacimiento: / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_  Hombre  Mujer Pronombres preferidos: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección postal del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_  
(Si es diferente de la del campista) Calle Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono: casa ( ) \_\_\_\_\_ trabajo ( ) \_\_\_\_\_ celular ( ) \_\_\_\_\_

¿Tiene un teléfono celular «inteligente»? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No ¿Puede recibir alertas de texto en su teléfono? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia (Diferente al padre/madre/tutor): Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: ( ) \_\_\_\_\_

Parentesco con el campista: \_\_\_\_\_

Transporte:

¿Quién trae a su niño(a) el primer día?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Quién recogerá a su niño(a) después del campamento?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra persona autorizada para recoger a su niño en el campamento?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**\*\*\*¡NOTA IMPORTANTE!\*\*\***

***¡No queremos que ningún niño falte a Camp Celebrate por falta de transporte!  
Nosotros no proporcionamos transporte al campamento. Sin embargo, si  
necesita ayuda podemos ponerle en contacto con otros padres en su área.  
Si tiene alguna pregunta o quiere hablar sobre sus necesidades de  
transporte, llame a la oficina de Aftercare al 919-962-8427.***

Nombre del campista: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellidos

Para poder estar seguros de que su niño(a) sienta que le respetan y que tenga la mejor experiencia posible en el campamento, le pedimos que por favor nos ayude a conocerle mejor.

¿Qué idioma habla su hijo o hija? \_\_\_\_\_

¿Es esta la primera vez que su niño está lejos de casa?  Sí  No

¿Alguna vez pasó su niño la noche en un campamento?  Sí  No

¿Alguna vez asistió su niño a *Camp Celebrate*?  Sí  No

De ser así, ¿en qué años? \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien nada su niño(a)?  No sabe nadar  No muy bien  Sabe nadar  Nada bien  Nada muy bien

Por favor díganos cualquier cosa que considere importante que sepamos acerca de su niño mientras esté en el campamento.

---

---

---

Talla de la camiseta **del campista**: *Las camisetas se piden el 3 de mayo, si la solicitud llega tarde su campista podría quedarse con una camiseta de una talla que no es la correcta*

Mediana para jóvenes (*Youth Medium*)  Grande para jóvenes (*Youth Large*)

Pequeña para adultos  Mediana para adultos  Grande para adultos  Extra grande para adultos

Doble extra grande para adultos  Triple extra grande para adultos

Talla de zapato: *Especifique la talla de zapato para joven o para adulto* \_\_\_\_ Jóvenes \_\_\_\_\_ Adultos

**\*\*\*Picnic familiar del domingo\*\*\***

***La familia directa de los campistas está invitada a acompañarnos en el almuerzo del domingo, el último día de Camp Celebrate. Es importante que sepamos exactamente cuántas personas van a venir. (sin incluir a su campista). Por favor lleguen a las 11:00 a. m.***

**Nuestra familia tiene planeado almorzar en Camp Celebrate el domingo, 21 de mayo, a las 11 a. m.**  Sí  No

**Número de adultos que van a asistir:** \_\_\_\_\_

**Número de niños mayores de 6 años (sin incluir al campista):** \_\_\_\_\_

**Número de niños de 6 años o menores que asistirán:** \_\_\_\_\_



**UNC**  
NORTH CAROLINA  
JAYCEE BURN CENTER

Nombre del campista: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Segundo nombre                      Apellidos

Hombre  Mujer      Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
mes / día / año

Edad al llegar al campamento: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO MÉDICO**

Es **obligatorio** que todos los campistas completen el formulario médico.

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

Dentista/ortodontista familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

¿Está cubierto el campista por el seguro médico de la familia?       Sí       No

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_

Especifique cualquier información pertinente o solicitud relacionada con condiciones médicas que puedan limitar o alterar la participación del campista en el campamento. ¡Recuerde enviar los medicamentos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) con su campista para el fin de semana!

Restricciones en las actividades:

Restricciones en la alimentación:

Tratamientos médicos:

**AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIAS:**

Por la presente, yo autorizo al personal médico de *Camp Celebrate* a ordenar radiografías, exámenes y tratamientos de rutina para mi niño(a). Si no se pueden comunicar conmigo en caso de una emergencia, autorizo al personal médico a hospitalizar y garantizar el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones, anestesia o cirugía para mi hijo(a) mencionado anteriormente. Entiendo y acepto que *UNC Hospitals* y *Camp Celebrate* pueden usar la información médica personal para tratamiento, pagos y administración de asistencia médica. Por la presente, yo autorizo que se dé a conocer la información médica personal necesaria a las compañías de seguro, centros de tratamientos médicos y otros profesionales. Esto incluye la Información de Salud Protegida (PHI, por sus siglas en inglés) de las farmacias, hospitales y clínicas.

Firma del padre, madre o tutor o campista adulto/miembro del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del campista: \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Segundo nombre                      Apellidos

## **ANTECEDENTES MÉDICOS**

(Para que lo complete el padre, la madre o el tutor)

**ALERGIAS:** ¿Sufre su niño(a) de alguna alergia a medicamentos, a alimentos o al medio ambiente?

(medicamentos, cacahuetes, hiedra venenosa, picaduras de abeja, etc)

Sí       No

De ser así, favor de enumerar y la reacción:

**VACUNAS:** ¿Estaban al día las vacunas antes de entrar a la escuela?

Sí       No

Mes/año de la última vacuna del tétanos (DPT, DT, T)

Mes

Año

**Antecedentes médicos generales: marque «sí» o «no» para cada declaración. Explique las respuestas afirmativas abajo.**

El campista ¿tiene o ha tenido?		SI	NO	El campista ¿tiene o ha tenido?		SÍ	NO
1.	una enfermedad recurrente o crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.	desmayos o mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	una enfermedad que haya durado más de 1 semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.	convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17.	insolación/agotamiento/problemas con el calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	operaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18.	sonambulismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	enfermedades infecciosas o piojos recientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.	sangrado nasal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	heridas recientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.	infecciones frecuentes en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	asma/sibilancias/falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.	intolerancia al ejercicio extenuante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.	problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.	problemas de la conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	migraña/dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.	problemas de orinarse en la cama mientras duerme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	anormalidades o traumatismos ortopédicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.	trastorno por déficit de atención/trastorno por déficit de atención con hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	problemas del corazón/presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.	usa anteojos/lentes de contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	dolor en el pecho al hacer ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.	usa aparato de ortodoncia/prótesis dental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	si es mujer, problemas con los periodos/menstruación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.	un evento significativo en su vida que continúa afectando la vida del campista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique todas las respuestas a las que contestó «sí»:

Fecha de la quemadura: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad al momento de la quemadura: \_\_\_\_\_ parte(s) quemada(s) del cuerpo: \_\_\_\_\_  
Mes / Año

¿Dónde recibió su niño(a) el tratamiento para las quemaduras?

- UNC North Carolina Jaycee Burn Center       Wake Forest University Baptist Medical Center  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Usa actualmente su niño prendas de compresión?       Sí       No

En caso afirmativo, envíelas al campamento y describa aquí las instrucciones de uso:

¿Usa su niño(a) cremas o lociones para la piel?       Sí       No

De ser así, envíelas al campamento con su niño(a) y explique brevemente el tipo, el lugar y la frecuencia de las aplicaciones:

¿Usa su niño(a) una férula, prótesis o aparatos ortopédicos?       Sí       No

De ser así, envíelos al campamento con su niño y explique brevemente el tipo y cuándo usarlos:

¿Va a necesitar su niño(a) de cuidados de heridas o terapia aparte de cremas/loción/protector solar?       Sí       No

En caso afirmativo, envíe con su niño(a) los suministros para los cuidados de las heridas y explique brevemente las instrucciones aquí:





## RECONOCIMIENTO DEL CAMPISTA

Yo declaro que entiendo que las actividades de *Camp Celebrate* en su mayoría se llevan a cabo al aire libre. Yo entiendo que, en el bosque, así como en otros lugares al aire libre, hay riesgos naturales (tropezar con las raíces de los árboles, picaduras de mosquitos, etcétera) y por el tiempo que duren estas actividades no habrá nadie en el campamento aparte de mis compañeros participantes y el personal del campamento. **Yo también entiendo que se revisarán todas las bolsas al llegar y al salir para ofrecer un entorno seguro, libre de drogas o armas, para todos los campistas y consejeros.**

Además, yo declaro que entiendo los objetivos, las reglas y las normas exigidas que se mencionan a continuación:

- Pasarlo bien
- Trabajar con el grupo en equipo
- Desafiarme a mí mismo para intentar cosas que no estoy seguro que pueda hacer.
- Si tengo un problema o preocupación, hablaré con mi consejero, líder de la cabaña u otro adulto

### NORMAS Y REGLAS

- No consumiré alcohol, tabaco o drogas en *Camp Celebrate*
- No diré malas palabras
- Llegaré a tiempo a todas las reuniones y eventos programados
- No arrojaré basura al suelo; la colocaré en el basurero correspondiente
- No usaré ningún equipo sin la supervisión apropiada
- Seguiré las pautas de seguridad proporcionadas por el personal
- No tomaré ropa, dinero o u otras cosas que no me pertenezcan
- Respetaré el espacio vital de otros campistas y adultos
- Cumpliré con el horario para acostarse y no saldré de la cabaña o tienda de campaña después de esa hora

Yo estoy de acuerdo en seguir estas metas, normas y reglas. Yo entiendo que me pueden echar (mandarme para la casa) de *Camp Celebrate* si me niego a seguir cualquiera de los puntos mencionados anteriormente.

---

Firma del participante/campista

---

Fecha

---

(Escriba en letra de imprenta el nombre del participante/campista)

Mi niño(a) ha leído y entiende las metas, normas y reglas anteriores. Yo entiendo las metas, normas y reglas anteriores. **Yo entiendo que, si en cualquier momento el comportamiento de mi niño no sigue las normas durante el fin de semana, seré responsable del transporte de mi niño a la casa.**

Firma del padre, madre/Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



University of North Carolina  
 Health Care System  
 101 Manning Drive  
 Chapel Hill, NC 27514



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE GRABACIONES E INFORMACIÓN (COMUNICACIONES, MERCADEO Y ASUNTOS EXTERIORES) - HIM #739s**

Yo autorizo a *UNC Health Care Systems* y a *NC Jaycee Burn Center* a que graben o divulguen grabaciones (por ejemplo, fotos, videos o audio), e información médica pertinente, de \_\_\_\_\_ «**nombre del paciente**», con fines de relaciones públicas o mercadeo (incluyendo páginas de internet, publicaciones, medios de comunicación pública, presentaciones y anuncios). Yo entiendo que pueden identificarme por el nombre, a menos que yo ponga mi inicial en la siguiente declaración.

\_\_\_\_\_ **Yo no doy consentimiento para que se use mi nombre.** Yo entiendo que, aunque mi nombre no (iniciales aquí) será usado, es posible que alguien me reconozca solo por las grabaciones.

- Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mandando una solicitud escrita a: Office of Communications, Marketing and External Affairs, 211 Friday Center Drive, Chapel Hill, NC, 27517. Cualquier revocación no aplicará a la información que ya se haya divulgado.
- Yo me puedo negar a firmar esta autorización y *UNC Health Care System* no condicionará mi tratamiento o idoneidad para beneficios al firmar esta autorización.
- Me informaron y comprendo que la información revelada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación que haga el receptor de dicha información. Es posible que una vez que se haya divulgado, la confidencialidad de la información ya no siga estando protegida por las leyes de privacidad federales y estatales.
- A menos que revoque la autorización, ésta vencerá en un año o en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_

**Yo he leído y entiendo la información de este formulario de autorización.**

<b>Firma del paciente o representante autorizado:</b>	
<b>Nombre en letra de imprenta:</b>	
<b>Fecha:</b>	<b>Hora:</b>

<b>Relación del representante autorizado con el paciente (si corresponde):</b>

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

Para presentarlo, por favor llene el formulario y envíelo por correo electrónico a Health Information Management, [mimdept@unch.unc.edu](mailto:mimdept@unch.unc.edu) o por fax al 919-966-0839. ¿Tiene preguntas sobre cómo presentarlo? Llame al 919-966-2312.



# CAMP CELEBRATE

## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL DESFILE del 19 de mayo de 2023

*University of North Carolina Hospitals (UNC Hospitals)* lleva a cabo un campamento para niños sobrevivientes de quemaduras llamado «Camp Celebrate». Como parte de la ceremonia de apertura del campamento, los campistas están invitados a viajar en un camión de bomberos durante un desfile al lugar del campamento. El desfile se hará el viernes 19 de mayo de 2023; comenzará en el centro comercial Triangle Town Center Mall en Raleigh, NC y terminará en Camp Kanata en Wake Forest, NC. El desfile durará aproximadamente una hora. Como parte del desfile, se ofrecerá a los campistas la oportunidad de viajar en el camión de bomberos municipal operado por el personal de bomberos y primeros auxilios del distrito dueño de cada vehículo.

Por la presente doy mi consentimiento para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_, participe en el desfile de camiones de bomberos de *Camp Celebrate* descrito anteriormente. Específicamente doy mi consentimiento y autorización para que *UNC Hospitals* y el departamento de bomberos escolten a mi hijo(a) durante este desfile y autorizo a mi hijo(a) a ir en el camión de bomberos municipal durante el desfile.

Yo entiendo que existen ciertos riesgos involucrados en el transporte de niños, inclusive riesgos generales como lesiones debido a peligros de tráfico y otros riesgos inherentes al transporte en un desfile. Al firmar a continuación, yo reconozco estos riesgos y por medio de la presente, solicito y autorizo a *UNC Hospitals* a que haga lo que sea médicamente necesario y adecuado para tratar cualquier lesión que pueda ocurrir.

Mediante mi firma a continuación doy mi autorización para que mi hijo(a) participe en el desfile de camiones de bomberos de *Camp Celebrate* descrito anteriormente.

Firma del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del padre, madre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



13524 CAMP KANATA RD. | VOICE 919-556-2661  
 WAKE FOREST, NC 27587 | FAX 919-556-9459  
[www.campkanata.org](http://www.campkanata.org)

**Exención del reto del recorrido con cuerdas altas y bajas solamente para niños de 13 años de edad o mayores.**

Este formulario debe completarse y devolverse antes de participar en el reto del recorrido con cuerdas de *Camp Kanata*. Los participantes menores de 18 años de edad también deben tener la firma de uno de los padres o tutores.

**ESCRIBIR A MÁQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA**

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

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

Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_

Si es menor de 18 años, nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre y números de teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Limitaciones físicas/alergias/medicamentos: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE**

**RECONOCIMIENTO DE RIESGOS**

Yo entiendo y reconozco que el programa de recorrido con cuerdas, en el cual estoy a punto de participar de forma voluntaria, supone ciertos riesgos que pueden resultar en lesiones, discapacidades o muerte. Estos riesgos incluyen pero no se limitan a (1) lesión o muerte debido a una caída o choque repentino contra el suelo, objetos o personas, relámpagos, picaduras de abeja, un ataque cardíaco, reacciones alérgicas graves: (2) actos u omisiones, negligentes en cualquier grado, por parte de *Camp Kanata*, *YMCA of the Triangle Area*, sus funcionarios o empleados: (3) defectos o estado del equipo facilitado por *Camp Kanata*: (5) actos de otros participantes: (6) mi propia condición física, o mis propios actos u omisiones: (7) primeros auxilios, evacuación de emergencia o tratamiento. Entiendo y reconozco que esta lista está incompleta y que otros riesgos desconocidos también pueden resultar en una lesión, muerte o discapacidad.

*Aceptación de riesgos y responsabilidades*

Sabiendo que esta actividad conlleva riesgos, estoy de acuerdo y prometo aceptar y asumir toda la responsabilidad y los riesgos de lesión, muerte o discapacidad que surjan de mi participación en esta actividad. Yo opto por participar a pesar de los riesgos y lo hago de forma voluntaria.

*Divulgación y liberación de responsabilidad*

Por la presente y de forma voluntaria libero y eximo definitivamente a *Camp Kanata*, *YMCA of The Triangle Area*, sus empleados, agentes, administradores y cualquier otra persona o entidad de toda reclamación de responsabilidad, demanda, acción judicial o derecho a interponer una demanda, que tengan relación con, o surjan como resultado de, o que de alguna forma estén conectados con mi participación en esta actividad.

*Autorización para recibir cuidado médico de emergencia*

Si me encuentro incapaz de comunicarme debido a una emergencia o a un accidente, por la presente yo autorizo al personal presente a administrar primeros auxilios, asegurar el tratamiento, hospitalización, y tomar cualquier medida que se considere adecuada para mi tratamiento.

**Acuerdo para escuchar con atención y seguir todas las medidas de seguridad**

Yo acepto escuchar con atención, entender totalmente, y hacer cumplir y poner en práctica de forma activa, para mí mismo y para los demás, toda la información y medidas de seguridad tal como me explicarán antes de las actividades y durante estas.

**MI/NUESTRAS FIRMA(S) A CONTINUACIÓN CONFIRMA(N) QUE HEMOS LEÍDO Y ENTENDIDO ESTE DOCUMENTO EN SU TOTALIDAD Y QUE ACEPTAMOS CUMPLIR CON SUS TÉRMINOS:**

Firma del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre o la madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE EXONERACIÓN DE PARTICIPANTE EN «CAMP CELEBRATE»

RECONOZCO QUE, AL FIRMAR ESTA EXONERACIÓN, EXIMO DE RESPONSABILIDAD A UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL, THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA HEALTH CARE SYSTEM, THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA HOSPITALS AT CHAPEL HILL, THE UNC JAYCEE BURN CENTER Y A SUS REPRESENTANTES, AGENTES, EMPLEADOS, VOLUNTARIOS, MIEMBROS, PATROCINADORES, PROMOTORES Y AFILIADOS (EN CONJUNTO «EXONERADOS») Y RECONOZCO QUE CEDO DERECHOS LEGALES SUSTANCIALES. ESTA EXONERACIÓN ES UN CONTRATO CON CONSECUENCIAS LEGALES Y VINCULANTES Y SE APLICA A TODAS LAS ACTIVIDADES QUE TENGAN LUGAR EN EL EVENTO «CAMP CELEBRATE» (EL «EVENTO»), INDEPENDIEMENTE DE SI TALES ACTIVIDADES SE IDENTIFICAN ESPECÍFICAMENTE EN EL PRESENTE DOCUMENTO. HE LEÍDO ESTA EXONERACIÓN DETENIDAMENTE ANTES DE FIRMAR. ENTIENDO LO QUE SIGNIFICA ESTA EXONERACIÓN Y LO QUE ESTOY ACEPTANDO AL FIRMAR.

Considerando la aceptación de \_\_\_\_\_  
(nombre del participante) de participar en el Evento, mediante el presente efectúo y accedo libremente a las siguientes declaraciones y acuerdos contractuales:

Reconozco que acampar y otras actividades asociadas son inherentemente peligrosas y ASUMO TODOS LOS RIESGOS CON MI PARTICIPACIÓN Y LA DEL CAMPISTA EN EL EVENTO, INCLUYENDO, por ejemplo (entre otros): NEGLIGENCIA PROPIA DE LOS EXONERADOS, negligencia de otros, y condiciones climáticas; esfuerzos musculares fuertes que produzcan estrés en músculos, huesos y articulaciones; actividades físicas prolongadas que produzcan estrés en el corazón, las arterias y la presión arterial; lesiones menores como molestias, esguinces, distensiones musculares y hematomas, así como la posibilidad de trauma físico o mental y lesiones graves o muerte relacionada con el Evento. Yo y el Campista, nuestros herederos, albaceas, administradores, representantes legales, cesionarios y sucesores (en conjunto «sucesores»), POR EL PRESENTE, EXONERAMOS, EXIMIMOS DE RESPONSABILIDAD, MANTENEMOS LIBRE DE PERJUICIOS Y PROMETEMOS INDEMNIZAR Y NO DEMANDAR a los Exonerados y al organizador del Evento y a todo propietario, agencia policial, entidad pública, distrito especial e inmueble relacionado de alguna manera con el Evento y sus respectivos agentes, funcionarios y empleados (también considerados como Exonerados) DE TODOS Y CADA UNO DE LOS DERECHOS Y RECLAMACIONES (INCLUYENDO RECLAMACIONES RESULTANTES DE LA PROPIA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS) EN EL GRADO MÁXIMO PERMITIDO POR LA LEY, los cuales yo, el Campista, o cualquiera de nuestros Sucesores (en conjunto «Exoneradores») que yo tenga o pueda tener en el futuro, así como de todos los daños que pueda sufrir el «Exonerador» relacionados, directa o indirectamente con, o resultantes de, mi participación o la del Campista en relación con el Evento o viaje hacia o desde el Evento.

Entiendo que soy responsable de mi conducta y decisiones, y de las del Campista, durante la participación en el Evento y acepto que esta Exoneración se aplicará a cualquier demanda que resulte de mi participación o la del Campista en todas las actividades del Evento. Acepto que es mi exclusiva responsabilidad, y la del Campista, el familiarizarme con el curso y la programación del Evento, las reglas de los Exonerados y

todas las regulaciones del Evento, y acepto cumplir con todas esas normas y regulaciones. Comprendo y acepto que pueden producirse situaciones durante el Evento que estén fuera del control de los Exonerados y que yo y/o el Campista tenemos que participar continuamente para no ponernos en peligro a nosotros ni a otras personas. Hasta donde sé, ni yo ni el Campista tenemos ningún padecimiento físico ni de salud que pudiera ponernos en peligro a nosotros o a otras personas si yo o el Campista participamos en el Evento o que pudiera interferir en mi capacidad o la del Campista de participar en el Evento con seguridad. En la medida en que yo o el Campista usemos nuestro equipamiento al participar en el Evento, tal equipamiento estará en las debidas condiciones de funcionamiento.

Acepto, en nombre mío, del Campista y de mis sucesores, que las anteriores declaraciones son contractualmente vinculantes y no meras recitaciones y que si yo, el Campista o nuestros Sucesores hiciéramos alguna demanda contrariamente a lo que se acuerda en esta Exoneración, la parte demandante será responsable de los gastos (incluyendo costos legales y honorarios de abogados) en que puedan incurrir los Exonerados al defenderse de tal demanda. Esta Exoneración no podrá ser modificada oralmente ni de ninguna otra manera y la exención o modificación de cualquiera de las disposiciones no se interpretará como exención o modificación de otras disposiciones que aparecen en el presente, ni como consentimiento para ninguna exención o modificación subsiguiente.

Doy mi consentimiento para que cualquier tercero divulgue a los Exonerados y sus compañías aseguradoras el nombre e información mío o del Campista exclusivamente en relación con lesiones o muerte resultantes del Evento.

Todo término y disposición de esta Exoneración será divisible. Si uno o más de ellos se considerara no aplicable o no válido, ello no afectará otros términos y disposiciones, los cuales seguirán siendo vinculantes y aplicables.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE/PADRE O MADRE      FECHA

FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

EDAD A LA FECHA DEL EVENTO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_

{00094625.DOCX 4}