UNC
NORTH CAROLINA
JAYCEE BURN CENTER

CAMP CELEBRATE
DEL 17 AL 19
DE MAYO DE 2024

Estimados campistas y padres:

Camp Celebrate no es una modalidad de tratamiento. Encontrará el paquete de registro anexado 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 de color azul sobre el pícnic 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.
*Página 6	Todos los campistas	*Debe completarlo el proveedor de atención médica* **DEBE HACERSE ENTRE mayo 19, 2023 y 19 de mayo, 2024**	Haga una cita lo antes posible para que le hagan un examen físico Pídales que llenen la parte de abajo de la pág. 6. Necesitamos este formulario a más tardar el 1 de mayo. ¡Por favor llámenos si tiene alguna pregunta!
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	Edad de los campistas: Entre 13 y 18	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 Camp Celebrate es animar a los campistas a enfrentar sus temores. No obstante, nosotros no obligamos a nadie a que participe en esta actividad.

Complete todo el paquete de inscripción y envíelo antes del **1 de mayo de 2024

FECHA LÍMITE PARA ENVIAR LA SOLICITUD: 1 DE MAYO DE 2024

Devuelva todos los formularios lo antes posible

por correo electrónico, correo postal o fax.

Correo electrónico: Maria_Albani@med.unc.edu

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

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

CAMP CELEBRATE DEL 17 AL 19 DE MAYO DE 2024

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LOS CAMPISTAS

Nombre completo del campista: _____ Cómo le llaman: _____
(Primer nombre) (Segundo) (Apellido)

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 ( ) _____

¿Es 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 Apellido

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 □ Sabe nadar bien □ Sabe nadar 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 1 de mayo, si la solicitud llega tarde su campista podría recibir 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 adulto* _____ Jóvenes _____ Adultos

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

La familia directa de los campistas está invitada a acompañarnos enl 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, 19 de mayo, a las 11:00 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 Apellido

□ 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, garantizar el tratamiento adecuado y ordenar inyecciones, anestesia o una operación para mi niño(a) mencionado anteriormente. Entiendo y acepto que UNC Hospitals y *Camp Celebrate* pueden usar la información médica personal (PHI, por sus siglas en inglés) para tratamientos, 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 Apellido

ANTECEDENTES MÉDICOS (Para que 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?	SI	NO
1. una enfermedad recurrente o crónica	□	□	15. desmayos o mareos	□	□
2. una enfermedad que duró más de una semana	□	□	16. conmoción cerebral/inconsciencia	□	□
3. hospitalizaciones	□	□	17. insolación/agotamiento/problema con el calor	□	□
4. operación:	□	□	18. sonambulismo	□	□
5. enfermedades infecciosas recientes o piojos	□	□	19. sangrado nasal	□	□
6. heridas recientes	□	□	20. infecciones frecuentes en los oídos	□	□
7. asma/sibilancias/falta de aliento	□	□	21. intolerancia al ejercicio extenuante	□	□
8. diabetes	□	□	22. problemas emocionales	□	□
9. episodios epilépticos	□	□	23. problemas de la conducta	□	□
10. migraña/dolores de cabeza frecuentes	□	□	24. problemas de orinarse en la cama mientras duerme	□	□
11. anormalidades/traumatismo ortopédico	□	□	25. trastorno por déficit de atención/ trastorno por déficit de atención con hiperactividad	□	□
12. problemas del corazón/presión arterial	□	□	26. usa anteojos/lentes de contacto	□	□
13. dolor en el pecho al ejercitarse	□	□	27. usa aparato de ortodoncia/prótesis dental	□	□
14. si es mujer, problemas con los periodos/menstruación	□	□	28. un evento significativo que siga afectando la vida del campista	□	□

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

Fecha de la quemadura: ____/____ Mes / Año Edad al momento de la quemadura: _____ Partes del cuerpo que se quemaron: _____

¿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(a) 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:

ANTECEDENTES MÉDICOS *continuación*

Nombre del campista: ______________________________________
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Medicamento: ☐ **Este campista no tomará ningún medicamento a diario mientras se encuentre en el campamento.**

☐ **Este campista tomará los siguientes medicamentos a diario mientras se encuentre en el campamento:**

****Para que su niño(a) aproveche el campamento al máximo, por favor envíelo con los medicamentos, ESPECIALMENTE CON LOS MEDICAMENTOS PARA EL TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN/TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD. ¡Todos los medicamentos se deben listar a continuación (use el dorso del formulario si necesita más espacio) y los padres/tutor deben proveerlos en un envase correctamente etiquetado por el farmacéutico con información que identifique al niño (por ejemplo el nombre del niño, medicamento despachado, dosis requerida, horario y forma de administrarlo). ¡Suministre suficientes medicamentos para todo el fin de semana!**

Nombre del medicamento	Motivo por el que lo toma	Cuándo se administra	Cantidad o dosis	Cómo se administra
		☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Cena ☐ Al acostarse ☐ Otro horario: _________		
		☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Cena ☐ Al acostarse ☐ Otro horario: _________		
		☐ Desayuno ☐ Almuerzo ☐ Cena ☐ Al acostarse ☐ Otro horario: _________		

Autorización del padre, de la madre o del tutor:

Por la presente, autorizo que mi hijo(a)_______________________________________ reciba medicamentos durante el campamento. Los medicamentos mencionados anteriormente los recetó un proveedor médico autorizado. Los medicamentos enumerados a continuación son de venta sin receta y solo se administrarían en caso de enfermedad/lesión. Por la presente, yo libero a UNC Health Care y a sus agentes/empleados de cualquier y toda responsabilidad que pueda resultar de que mi niño(a) haya tomado medicamentos en el campamento.

Firma del padre, madre o tutor: _______________________________________ Fecha: ____________________

Los siguientes medicamentos de venta sin receta se pueden encontrar en el centro de salud de Camp Celebrate y se usan según sea necesario para tratar enfermedades y lesiones. **Tache o resalte aquellos que no se deben administrar al campista**

Acetaminophen (TYLENOL)
Phenylephrine descongestionante (Sudafed PE)
Antihistamínico/medicina para alergias (Zyrtec, Claritin)
Diphenhydramine antihistamínico/medicina para alergias (Benadryl)
Spray para dolor de garganta.
Champú o crema para los piojos (Nix o Elimite) Loción Calamine
Laxantes para el estreñimiento (Ex-Lax,)
Ibuprofen (Advil, Motrin) descongestionante con Pseudoephedrine (Sudafed)
Guaifenesin jarabe para la tos (Robitussin)
Dextromethorphan jarabe para la tos (RobitussinDM) pastillas para la tos genéricas
Crema con antibiótico
Áloe
Bismuth subsalicylate para la diarrea (Kaopectate, Pepto-Bismol)

* *

*****To Be Completed by Medical Provider*****

Health Care Recommendations by Licensed Medical Personnel (signed within 12 months of examination).

I have examined the above camp participant. Date of last examination ______________________________

In my opinion, the above applicant _____is, ______is not able to participate in an active camp program.

Please list any medical information the camp medical staff should be aware of regarding this camp participant:

Signature of Licensed Medical Personnel ____

Printed ____ Title ______________________________

Address____

Phone ( ) ___________________________________ Date:______________________________________

UNC
NORTH CAROLINA
JAYCEE BURN CENTER

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: _____ / ____ _____

El Centro de Quemados Jaycee de Carolina del Norte (North Carolina Jaycee Burn Center) está dedicado al cuidado y apoyo de sobrevivientes de quemaduras y sus familiares, como pacientes internos, externos y más. Si bien los programas/eventos para quemados después de la hospitalización no se consideran tratamientos ni servicios de salud, sí se consideran recursos disponibles para que la comunidad de sobrevivientes de quemaduras siga contando con el apoyo del personal, mantenga contacto con otros sobrevivientes de quemaduras y reciba educación para continuar desarrollando estrategias con vistas a una vida exitosa y plena después de una lesión por quemaduras. Para poder satisfacer las necesidades de los sobrevivientes, North Carolina Jaycee Burn Center te se esfuerza por desarrollar una variedad de recursos para los sobrevivientes más allá del entorno de atención sanitaria y a lo largo de su viaje de sanación. Estos recursos se ponen a disposición de sobrevivientes, familiares, voluntarios y donantes, e incluyen imágenes de sobrevivientes y familiares que participan en programas de cuidados después de la hospitalización. La seguridad es siempre una prioridad fundamental para el Centro de Quemados y para su personal, tanto en eventos como en el uso que hacemos de las imágenes de nuestros participantes. En el North Carolina Jaycee Burn Center, se preocupa mucho de la protección de nuestros sobrevivientes, en particular de los niños. Por tanto, las imágenes de los participantes se utilizan de forma que apoyen a los sobrevivientes y sus familiares, así como para promover el trabajo del North Carolina Jaycee Burn Center y sus programas para después de la hospitalización, para reclutar a sobrevivientes para el programa de cuidados después de la hospitalización y para educar a otros profesionales sobre las necesidades constantes de los sobrevivientes de quemaduras.

FORMULARIO PARA PUBLICACIÓN DE FOTOGRAFÍAS/VIDEOS DEL NORTH CAROLINA JAYCEE BURN CENTER

Por el presente concedo al sistema de atención sanitaria de la Universidad de Carolina del Norte y a sus afiliados (en conjunto, «UNC Health» o la «Compañía») el derecho irrevocable y la autorización para tomar o hacer uso de fotografías o grabaciones de videos (en conjunto «Grabaciones») del participante identificado a continuación (el «Participante») durante su participación en eventos del North Carolina Jaycee Burn Center (incluyendo, entre otros, el evento «Camp Celebrate»). Tales grabaciones pueden ser usadas por la Compañía y otros sitios web en publicaciones, folletos promocionales, materiales didácticos, trabajos derivados, así como para cualquier otro propósito similar sin que yo o el Participante recibamos compensación. Acepto que todos esos retratos, imágenes, fotografías, grabaciones de video o audio y sus reproducciones, y todas las placas, negativos, cintas y archivos digitales son, y continuarán siendo, propiedad exclusiva de la Compañía.

Entiendo y acepto que esas fotografías o grabaciones de video del Participante puedan ponerse en Internet. También comprendo y acepto que el Participante pueda ser identificado con nombre y/o cargo en información impresa, trasmitida o en Internet, la cual podría aparecer junto a las fotografías y/o grabaciones de video del Participante. Comprendo y acepto que ni yo ni el Participante tendremos la oportunidad de revisar los productos terminados antes de que sean publicados o distribuidos.

Por el presente, yo, en nombre propio y del Participante, eximo y libero para siempre a la Compañía y a sus administradores actuales y anteriores, representantes, funcionarios, empleados y afiliados de todo tipo de reclamaciones, demandas, derechos, promesas, daños y responsabilidades que puedan tener lugar en relación con el uso o distribución de las referidas fotografías o grabaciones de videos, incluyendo, entre otras, reclamaciones por violación de la privacidad, apropiación de apariencia o difamación.

Reconozco que mi participación en la sección de fotografía y video de los eventos del North Carolina Jaycee Burn Center es completamente voluntaria, como lo es mi consentimiento para esta autorización. Comprendo que no se tomará acción alguna contra mí ni el Participante si este rechazara participar en la sección de fotografía y video de estos eventos.

Esta autorización es vinculante para mí, el Participante y nuestros herederos, derechohabientes y representantes personales.

Nombre del Participante: _____

Acordado y aceptado:

_____ _____

Firma del Participante o padres/tutores Fecha

_____

Nombre en letra de impresa del firmante

Translated by UNC Health Interpreter Services, 02/26/24

13524 CAMP KANATA RD.
WAKE FOREST, NC
27587
www.campkanata.org

VOICE 919-556-2661
FAX 919-556-9459

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. Yo entiendo y reconozco que esta lista está incompleta y que cualquier otro riesgo desconocido puede también resultar en lesiones, la 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 yo libero y eximo para siempre a Camp Kanata, YMCA of The Triangle Area, sus empleados, agentes, administradores y todas las otras personas o entidades de cualquier y toda responsabilidad, demanda, acciones o derechos de acciones que se relacionen con esta actividad, que surjan por esta actividad, o que estén de algún modo relacionados 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 las medidas de seguridad tal como me explicarán antes de estas 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»), INDEPENDIENTEMENTE 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 míos 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 molde)_____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD_____ESTADO_____

CÓDIGO POSTAL_____

EDAD A LA FECHA DEL EVENTO_____

CORREO ELECTRÓNICO_____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

CONTACTO DE EMERGENCIA_____

TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA_____