

## EVALUACIÓN FÍSICA PREVIA A LA PARTICIPACIÓN ANUAL 2020-2021

(El padre o tutor debe llenar este formulario con la ayuda del estudiante-deportista)

Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Género: \_\_\_\_\_  
 Grado escolar: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_  
 Deporte(s): \_\_\_\_\_  
 Médico personal: \_\_\_\_\_  
 Hospital de preferencia: \_\_\_\_\_

Contacto en caso de emergencia:  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (casa): \_\_\_\_\_  
 Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_  
 Teléfono (celular): \_\_\_\_\_  
 -----  
 Nombre: \_\_\_\_\_  
 Relación: \_\_\_\_\_  
 Teléfono (casa): \_\_\_\_\_  
 Teléfono (trabajo): \_\_\_\_\_  
 Teléfono (celular): \_\_\_\_\_

Explicar las respuestas "Sí" en la siguiente página.  
 Encierre con un círculo las preguntas de las cuales desconoce las respuestas.

	S	N																		
1) ¿Algún médico le ha negado o restringido su participación en algún deporte por cualquier motivo?																				
2) ¿Padece usted de alguna condición médica continua (tal como diabetes o asma)?																				
3) ¿Toma usted actualmente algún medicamento o suplementos con o sin receta (de venta libre)? (Especifique): _____																				
4) ¿Padece alergias a medicamentos, polen, alimentos, o picaduras de insectos? (Especifique): _____																				
5) ¿Su corazón se acelera o late irregularmente durante el ejercicio?																				
6) Algún médico le ha dicho alguna vez que padece (marque todos los que correspondan): Alta presión arterial      Un soplo en el corazón      Altos niveles de colesterol      Una infección en el corazón																				
7) ¿Alguna vez ha pasado la noche en el hospital?																				
8) ¿Alguna vez se ha sometido a alguna cirugía?																				
9) ¿Alguna vez ha padecido de alguna lesión (esguince, desgarro muscular/de ligamentos, tendinitis, etc.) que haya provocado que se pierda alguna práctica o juego? (De ser así, marque el área afectada en la casilla abajo en la pregunta 11).																				
10) ¿Alguna vez se ha quebrado/fracturado huesos o se ha dislocado articulaciones? (De ser así, marque el área afectada en la casilla abajo en la pregunta 11).																				
11) ¿Ha padecido alguna lesión en los huesos/articulaciones que haya requerido de radiografías, de IRM, tomografía, cirugía, inyecciones, terapia física de rehabilitación, un soporte, un yeso, o muletas? (De ser así, marque el área afectada en la casilla abajo):																				
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 16.6%;">Cabeza</td> <td style="width: 16.6%;">Cuello</td> <td style="width: 16.6%;">Hombro</td> <td style="width: 16.6%;">Brazo superior</td> <td style="width: 16.6%;">Codo</td> <td style="width: 16.6%;">Antebrazo</td> </tr> <tr> <td>Mano/dedos</td> <td>Pecho</td> <td>Espalda alta</td> <td>Espalda baja</td> <td>Cadera</td> <td>Muslo</td> </tr> <tr> <td>Rodilla</td> <td>Pantorrilla/espinilla</td> <td>Tobillo</td> <td>Pie/dedos del pie</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo superior	Codo	Antebrazo	Mano/dedos	Pecho	Espalda alta	Espalda baja	Cadera	Muslo	Rodilla	Pantorrilla/espinilla	Tobillo	Pie/dedos del pie				
Cabeza	Cuello	Hombro	Brazo superior	Codo	Antebrazo															
Mano/dedos	Pecho	Espalda alta	Espalda baja	Cadera	Muslo															
Rodilla	Pantorrilla/espinilla	Tobillo	Pie/dedos del pie																	

**S N**

- 12) ¿Alguna vez ha tenido una fractura por sobrecarga?
- 13) ¿Alguna vez le han indicado que padeció, o alguna vez le han tomado una radiografía por inestabilidad atlantoaxial (cuello)?
- 14) ¿Utiliza con regularidad un soporte o dispositivo de asistencia?
- 15) ¿El médico le ha dicho que padece de asma o alergias?
- 16) ¿Tose, tiene respiración sibilante, o tiene dificultades para respirar cuando hace ejercicio, o después de hacer ejercicio?
- 17) ¿Alguien en su familia padece de asma?
- 18) ¿Alguna vez ha utilizado un inhalador o ha tomado medicamento para el asma?
- 19) ¿Nació sin un riñón, un ojo, un testículo, o cualquier otro órgano, o le falta o no le funciona cualquiera de estos órganos?
- 20) ¿Ha padecido de mononucleosis infecciosa en el último mes?
- 21) ¿Tiene erupciones, llagas por presión, u otro problema en la piel?
- 22) ¿Ha padecido alguna vez de la infección de herpes en la piel?
- 23) ¿Alguna vez se ha lesionado la cara, cabeza, cráneo o cerebro (incluyendo alguna contusión, confusión, pérdida de memoria o dolor de cabeza por algún golpe en la cabeza, o contusión)?
- 24) ¿Alguna vez ha tenido convulsiones?
- 25) ¿Alguna vez ha padecido de insensibilización, hormigueo, o debilidad en los brazos o piernas después de un golpe, de una caída, picazón o quemadores?
- 26) Cuando hace ejercicio a altas temperaturas, ¿alguna vez ha tenido calambres musculares graves o se ha sentido enfermo?
- 27) ¿El médico le ha dicho que usted, o a alguien en su familia, que tiene el rasgo de células falciformes, o anemia de células falciformes?
- 28) ¿Alguna vez le han hecho análisis en búsqueda del rasgo de células falciformes?
- 29) ¿Alguna vez ha tenido problemas con sus ojos o visión?
- 30) ¿Usa gafas o lentes de contacto?
- 31) ¿Usa gafas protectoras, tales como goggles o un protector facial?
- 32) ¿Está satisfecho con su peso?
- 33) ¿Está tratando de bajar o subir de peso?
- 34) ¿Alguien le ha recomendado que cambie su peso o hábitos alimenticios?
- 35) ¿Limita o controla cuidadosamente lo que come?
- 36) ¿Tiene alguna inquietud que desea tratar con el médico?

**Solo mujeres**

**Explique las respuestas "Sí" aquí**

	<b>S</b>	<b>N</b>
37) ¿Alguna vez ha tenido su periodo menstrual?		
38) ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primer periodo menstrual?		_____
39) ¿Cuántos periodos menstruales ha tenido en el último año?		_____

## EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN ANUAL 2020-2021

El médico debe llenar este formulario con la ayuda del padre o tutor.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Preguntas del historial del paciente: responda lo siguiente sobre su hijo por favor:

	S	N
1) ¿Su hijo se ha desmayado o ha perdido el conocimiento DURANTE o DESPUÉS de hacer ejercicio, de tener una emoción, o al sobresaltarse?		
2) ¿Su hijo ha tenido dificultades graves para respirar durante su ejercicio?		
3) ¿Su hijo ha padecido de fatiga extrema relacionada con el ejercicio (diferente a sus otros hijos)?		
4) ¿Su hijo ha sentido incomodidad, dolor o presión en el pecho cuando hace ejercicio?		
5) ¿El médico le ha pedido que haga pruebas al corazón de su hijo?		
6) ¿Su hijo alguna vez ha sido diagnosticado con algún trastorno convulsivo sin explicación?		
7) ¿Su hijo alguna vez ha sido diagnosticado con asma inducido por el ejercicio que no se controle adecuadamente con medicamentos?		

### Preguntas de historial familiar: por favor, indíqueme sobre lo siguiente en su familia:

	S	N		S	N
8) ¿Algún miembro de su familia ha muerto repentinamente/inesperadamente/sin motivo aparente antes de los 50 años de edad? (incluyendo el síndrome de muerte infantil súbita, accidentes de auto, ahogamiento o casi)					
9) ¿Algún miembro de su familia ha muerto repentinamente por "problemas del corazón" antes de los 50 años?					
10) ¿Algún miembro de la familia ha experimentado desmayos o convulsiones sin explicación?					
11) Algún familiar padece de ciertas condiciones, tales como:					
<b>S</b>		<b>N</b>		<b>S</b>	<b>N</b>
Corazón agrandado			Taquicardia ventricular polimorfa catecolaminérgica (CPVT)		
Miocardiopatía hipertrófica (HCM)			Miocardiopatía ventricular derecha arritmogénica (ARVC)		
Miocardiopatía dilatada (DCM)			Síndrome de Marfan (ruptura aórtica)		
Problemas del ritmo cardíaco			Infarto a los 50 años o antes		
Síndrome del QT largo (LQTS)			Marcapasos o desfibrilador implantado		
Síndrome del QT corto			Sordera al nacer		
Síndrome de Brugada					

### Explique las respuestas "Sí" aquí

Por medio de la presente certifico, a mi leal saber y entender, que las respuestas a las preguntas anteriores están completas y son correctas. Además, reconozco y entiendo que mi admisibilidad pudiera ser suspendida si no otorgo información correcta y veraz a las preguntas anteriores.

\_\_\_\_\_  
Firma del deportista

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

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

\_\_\_\_\_  
Firma de MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP

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



## EXAMEN FÍSICO PREVIO A LA PARTICIPACIÓN ANUAL 2020-2021

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Porcentaje de grasa corporal (opcional): \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_  
 BP: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (\_\_\_\_ / \_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_)  
 Visión: D20/\_\_\_\_ I20/\_\_\_\_ Corregida: S N  
 Pupilas: Igual Desigual

	Normal	Hallazgos anormales	Iniciales *
<b>Médico</b>			
Apariencia			
Ojos/Oídos/ Garganta/Nariz			
Audición			
Nódulos linfáticos			
Corazón			
Soplo			
Pulsaciones			
Pulmones			
Abdomen			
Genitourinario y			
Piel			
<b>Musculoesquelético</b>			
Cuello			
Espalda			
Hombro/brazo			
Codo/antebrazo			
Muñecas/Manos/Dedos			
Cadera/Muslo			
Rodilla			
Pierna/Tobillo			
Pie/dedos del pie			

\* - Configuración del multi-examinador solamente  
& - Se recomienda tener a un tercero presente para el examen genitourinario.

### NOTAS:

Autorizado sin restricción

Autorizado con la siguiente restricción: \_\_\_\_\_

No autorizado para: Todos los deportes Ciertos deportes \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Recomendaciones: \_\_\_\_\_

Nombre del médico (letra de molde/tipo): \_\_\_\_\_ Fecha del examen: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_, MD/DO/ND/NMD/NP/PA-C/CCSP

## Formulario de acuse de recibo y declaración anual de contusión de lesión cerebral traumática leve de Arizona Interscholastic Association, Inc.

Yo, \_\_\_\_\_ (estudiante), reconozco que debo ser un participante activo de mi propia salud y que soy directamente responsable de reportar todas mis lesiones y enfermedades al personal escolar (p. ej., entrenadores, médicos del equipo, personal de entrenamiento atlético). También reconozco que mi condición física depende de proporcionar un historial médico veraz y divulgar completamente cualquier síntoma, queja, lesiones anteriores y/o impedimentos experimentados antes, durante, o después de las actividades atléticas.

### Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:

- Mi institución me ha proporcionado el material educativo específico, incluyendo la hoja informativa de contusiones de CDC (<http://www.cdc.gov/concussion/HeadsUp/youth.html>) que indica qué es una contusión y que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.
- He revelado por completo al personal toda condición médica y también relevaré toda condición futura.
- Existe la posibilidad de que la participación en mi deporte pueda dar lugar a alguna lesión en la cabeza y/o contusión. En casos poco frecuentes, dichas contusiones podrían provocar daño cerebral permanente, e incluso la muerte.
- Una contusión es una lesión cerebral, de la cual soy responsable de informar al médico del equipo o al entrenador deportivo.
- Una contusión puede afectar mi capacidad de desempeñar actividades diarias, y puede afectar mi tiempo de reacción, equilibrio, sueño, y desempeño en clase.
- Algunos de los síntomas podrían ser evidentes inmediatamente, mientras que otros síntomas podrían presentarse horas o días después de la lesión.
- Si sospecho que alguno de mis compañeros ha sufrido de una contusión, soy responsable de reportar la lesión al personal escolar.
- No regresaré a jugar o practicar si he recibido un golpe en la cabeza o cuerpo que pudiera presentar síntomas relacionados con una contusión.
- No regresaré a jugar o practicar hasta que mis síntomas se hayan resuelto Y haya recibido autorización para hacerlo por parte de un profesional certificado del cuidado de la salud.
- Después de una contusión el cerebro necesita tiempo para sanar y es más probable que se repita la contusión, o se presenten daños adicionales, si regresa a jugar antes de que se resuelvan sus síntomas.

Basado en la incidencia de contusiones publicada por la CDC, los siguientes deportes han sido identificados como deportes de alto riesgo en cuanto a contusiones: béisbol, basquetbol, clavados, fútbol americano, salto con pértiga, fútbol, softbol, animación, y lucha libre.

Declaro y certifico que mi padre/tutor y yo hemos leído la totalidad de este documento y comprendemos completamente su contenido, las consecuencias, y las repercusiones de firmar este documento, y acepto que estoy vinculado por este documento.

Atleta estudiante:

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El padre o tutor legal debe imprimir y firmar el nombre a continuación e indicar la fecha de la firma:

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO 2020-2021

Generalmente se requiere del consentimiento de los padres para ofrecer los servicios de medicina deportiva a atletas menores de edad, los servicios definidos incluyen, mas no están limitados a: evaluación, diagnóstico, primeros auxilios y atención de emergencias, estabilización, tratamiento, rehabilitación y remisión por lesiones y enfermedades, junto con la decisión de regresar a jugar después de sufrir una lesión o enfermedad. Ocasionalmente, los atletas menores de edad requieren de servicios de medicina deportiva antes, durante, y después de su participación en actividades deportivas, y bajo circunstancias en la cuales los padres/tutores no están inmediatamente disponibles para otorgar su consentimiento con referencia a las condiciones específicas que afectan al atleta. En dichos casos puede ser imprescindible para la salud y la seguridad de esos atletas que los servicios de medicina deportiva necesarios para evitar daños se brinden de inmediato y no se retengan o retrasen debido a problemas para obtener el consentimiento de un padre/tutor.

Por lo tanto, como miembro de Arizona Interscholastic Association (AIA), \_\_\_\_\_ (nombre de escuela o distrito) requiere, como condición previa a la participación en actividades interescolares, que el padre/tutor otorgue su consentimiento por escrito para la prestación de los servicios necesarios de medicina deportiva al atleta menor de edad por parte de un proveedor calificado de atención médica (PCAM) contratado, u otro, designado por el centro escolar/distrito/AIA, en la medida en que el PCAM lo considere necesario para evitar lesiones del atleta estudiante. Se entiende que el PCAM podría ser un entrenador atlético, médico, asistente médico, o enfermero especializado certificado por el estado de Arizona (o el estado en el cual se encuentre el atleta estudiante al momento que se presente la lesión/enfermedad), y que actúe de conformidad con el alcance de su práctica bajo su licencia estatal designada y bajo cualquier otro requisito impuesto por las leyes de Arizona. En situaciones de emergencia, el PCAM también puede ser un paramédico o técnico de emergencias médicas, pero únicamente para propósitos de prestar atención médica de emergencias y transporte, según lo designen las normas estatales y protocolos fijos, y no con el propósito de tomar decisiones sobre el regreso al juego.

### ANOTE EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE, O TECLEE

"Yo, \_\_\_\_\_, el suscrito, soy el padre/tutor legal de, \_\_\_\_\_, un atleta estudiante menor de edad en \_\_\_\_\_ (nombre del centro escolar o distrito) quien pretende participar en deportes/actividades interescolares.

Entiendo que el centro escolar/distrito/AIA emplea o designa al PCAM (de conformidad como se define arriba) para prestar servicios de medicina deportiva (también como se define arriba) a los atletas interescolares de la escuela antes, durante, o después de las actividades deportivas, y que en ciertas ocasiones habrá actividades deportivas que se lleven a cabo fuera de las instalaciones escolares/del distrito durante las cuales otros PCAM serán responsables de prestar dichos servicios de medicina deportiva. Por medio de la presente otorgo mi consentimiento para que dicho PCAM preste dichos servicios de medicina deportiva al menor de edad antes mencionado. El PCAM puede tomar decisiones sobre el regreso al juego de conformidad con el alcance de práctica definido bajo la licencia estatal designada, excepto que la ley de Arizona lo limite de otra manera. También comprendo que el PCAM puede conservar documentación referente a los servicios de medicina deportiva prestados al menor de edad antes mencionado. Por medio de la presente autorizo al PCAM que presente dichos servicios al menor de edad antes mencionado a divulgar dicha información sobre la lesión/enfermedad, valoración, condición, tratamiento, rehabilitación y estado de regreso al juego del atleta a las personas quienes, a juicio profesional del PCAM, deban tener dicha información para garantizar el tratamiento óptimo y recuperación de la lesión/enfermedad, y para proteger la salud y seguridad del menor. Comprendo que dicha divulgación puede otorgarse a los entrenadores, director atlético, enfermero escolar, cualquier maestro de clase del menor de edad antes mencionado para proporcionar las adaptaciones necesarias para garantizar la recuperación del atleta estudiante y un regreso seguro a la actividad, y para el tratamiento del PCAM.

Si el padre/madre considera que el menor requiere de servicios de tratamiento o rehabilitación adicional de la lesión/enfermedad, el menor será tratado por el médico o proveedor de atención médica de su elección. Sin embargo, entiendo que todas las decisiones relacionadas con el regreso el mismo día a la actividad después de una lesión/enfermedad serán tomadas por el PCAM empleado/designado por la escuela/distrito/AIA.

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



# AUTORIZACIÓN DEL PARTICIPANTE DE UNIFIED SPORTS DE PREPARATORIA



**EL PADRE/TUTOR DEL ESTUDIANTE DEBE LLENAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PODER PARTICIPAR EN EVENTOS DE UNIFIED SPORTS DE PREPARATORIA EN UNA PREPARATORIA MIEMBRO DE AIA. EL PRESENTE FORMULARIO SE DEBE LLENAR DE MANERA LEGIBLE, DEBE FIRMARSE Y FECHARSE PARA CONSIDERARLO VÁLIDO.**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN GENERAL: DEBE SER LLENADO POR TODOS LOS PARTICIPANTES DE UNIFIED SPORTS DE PREPARATORIA**

**Soy el padre o tutor de un participante de Unified Sports arriba mencionado, y acepto lo siguiente:**

- Capacidad para participar.** El participante es físicamente capaz de participar en Special Olympics/AIA Unified Sports.
- Autorización de retrato.** Otorgo mi permiso a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los juegos Special Olympics, y a los programas acreditados de Special Olympics (colectivamente "Special Olympics"), y al Arizona Interscholastic Association, a usar la imagen, foto, video, nombre, voz, y palabras del participante para promover el Special Olympics / AIA Unified Sports y para recaudar fondos para el Special Olympics / AIA Unified Sports.
- Riesgo de contusión y otras lesiones.** Sé que existen riesgos de lesiones. Comprendo el riesgo de continuar participando con o después de sufrir una contusión, u otra lesión. El participante puede necesitar recibir atención médica si se sospecha de una contusión u otra lesión. El participante también puede tener que esperar 7 días, o más, y recibir permiso del médico antes de practicar deportes nuevamente.
- Cuidados de emergencia.** Si el padre/madre o tutor no está disponible para otorgar su consentimiento o tomar decisiones médicas en caso de emergencia, autorizo a Special Olympics y/o Arizona Interscholastic Association para otorgar atención médica al participante, a menos que marque una de las siguientes casillas:
  - Tengo alguna objeción de carácter religioso, u otro, para recibir tratamiento médico.
  - No otorgo mi consentimiento a las transfusiones de sangre.(Si cualquiera de las casillas está marcada, tendrá que llenar un FORMULARIO DE RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIAS)
- Estancia nocturna.** En algunos eventos, el participante podrá hospedarse en un hotel o en alguna residencia. Si tengo dudas, preguntaré.
- Programas de salud.** Si el participante forma parte del programa de salud de Special Olympics, otorgo mi consentimiento para la realización de actividades de salud, exámenes, y tratamiento del participante. Este no será un sustituto de la atención médica regular. En cualquier momento puedo rechazar el tratamiento, u otro, para el participante.
- Información personal.** Comprendo que mi información puede ser usada y compartida por parte de Special Olympics y/o Arizona Interscholastic Association para:
  - Asegurarse de que soy apto y puedo participar de manera segura.
  - Realizar los entrenamientos y eventos, y compartir los resultados.
  - Ingresar mi información en el sistema computarizado.
  - Proporcionar tratamiento de salud, hacer remisiones, consultar médicos, y recordarme sobre los servicios de seguimiento.
  - Investigar, compartir, y responder a las necesidades de los atletas de Special Olympics (identificar información eliminada si se comparte públicamente).
  - Proteger la salud y seguridad, responder a solicitudes del gobierno, y reportar información solicitada por la ley.Puedo pedir ver y cambiar mi información.

Como padre o tutor del participante de Unified Sports de preparatorias, he leído y comprendo este formulario, y he explicado el contenido al participante, según corresponda. Al firmar este formulario, acepto el contenido del presente a mi nombre, y a nombre del participante.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

## **COMUNICADO DE SOCIO UNIFICADO ADICIONAL: PARA SER LLENADO POR LOS ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN GENERAL ÚNICAMENTE**

Renuncia y liberación de responsabilidades. Comprendo los riesgos que implican la participación en las actividades de Special Olympics / AIA Unified Sports. Acepto y asumo por completo dichos riesgos y toda responsabilidad por pérdidas, costos, y daños en los que pueda incurrir como resultado de mi participación. Por medio de la presente eximo y me comprometo a no demandar a la organización de Special Olympics y/o a Arizona Interscholastic Association, sus administradores, directores, agentes, voluntarios, y empleados, y otros participantes ("Exonerados") con referencia a responsabilidades, reclamos, o pérdidas por mi cuenta provocados, o que se alegue que sean provocados, total o parcialmente, por los Exonerados. También acepto que si, a pesar de la presente liberación, yo, o cualquiera a mi nombre, presenta una demanda contra cualquiera de los Exonerados, yo indemnizaré y eximiré de toda responsabilidad, a cada uno de los Exonerados de dichas responsabilidades, reclamos, o pérdidas como resultado de dicha demanda. He leído esta renuncia y liberación, y comprendo que he renunciado a derechos importantes por medio de mi firma. He firmado el presente libremente y sin ningún incentivo ni garantía, y pretendo que sea una liberación completa e incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida que permita la ley. Acepto que, si cualquier parte del presente se considera inválido, el resto del mismo continuará en plena vigencia.

Yo, el padre/tutor de este participante socio unificado, reconozco que he leído y entiendo las disposiciones adicionales mencionadas anteriormente. Al firmar a continuación, acepto estas disposiciones en mi propio nombre y en nombre del participante socio unificado.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_