



**RENUNCIA EXPRESA DE RESPONSABILIDAD
ACUERDO DE LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN**



OC UNITED TOGETHER

418 W. Commonwealth Ave., Fullerton, CA 92832

En consideración por haberme permitido participar en “Love Fullerton” (la "Actividad") patrocinada por OC United Together ("OC United"), la organización patrocinadora (de aquí en adelante, la "Entidad"), el suscrito acepta por este medio esta renuncia expresa de responsabilidad contra la Entidad, y establece el Acuerdo de liberación e indemnización con la Entidad, como se establece a continuación.

Los suscritos, por ellos mismos, y sus representantes personales, designados, herederos y familiares más cercanos, todos y cada uno de ellos:

- Como condición para poder ser voluntario en la Actividad, voluntariamente y absolutamente liberan y deslindan de responsabilidad a la Entidad y a sus funcionarios, agentes y empleados, de cualquier y todas las pérdidas, daños, acciones o causas de acción resultantes de la participación en Love Fullerton; independientemente de que tales lesiones o daños sean causados por negligencia (activa o pasiva). Los suscritos aceptan obedecer las instrucciones dadas por la persona o personas encargadas de la supervisión y control sobre las posiciones.
- Por este medio, indemnizan y exoneran a la Entidad y a sus funcionarios, agentes, servidores o empleados ("Indemnizados") de cualquier y de todos los reclamos o causas de acción por cualquier persona o entidad, y bajo ninguna circunstancia presentaran reclamaciones contra los Indemnizados por lesiones personales, daños a la propiedad, o muertes ilícitas causadas por cualquier acto de negligencia (activo o pasivo) realizado por los Indemnizados.
- Por este medio dan permiso al médico seleccionado por la Entidad y/o a su personal, para el tratamiento que el medico o dentista consideren necesario y apropiado. Los suscritos dan consentimiento a cualquier examen de rayos X, diagnóstico o tratamiento anestésico, médico o quirúrgico y atención hospitalaria aconsejada por un médico, enfermero, cirujano o dentista. El abajo firmante está autorizado a dar consentimiento a los servicios que se prestarán, y comprende que ningún otro consentimiento es requerido por la ley. Por la presente se acuerda que cualquier lesión como resultado del voluntariado con la Entidad y la Parte Liberada, el gasto por pago de hospital, médicos, dentales o relacionados, y los gastos serán pagados por mí o mi cónyuge, por mi seguro de accidentes, de hospital o médico, o cualquier otro plan de beneficios mio, o de mi cónyuge.
- Reconocen que la participación en la Actividad constituye la aprobación para ser filmada y fotografiada y para esos videos o fotografías que se utilizarán en la Entidad y/o sus publicaciones y sitios web relacionados con la Parte Liberada sin compensación para ello.

Los suscritos garantizan que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas y que los abajo firmantes comprenden que La entidad se ha basado en tales garantías al celebrar este Acuerdo, y ha puesto las instalaciones a disposición del Usuario que suscribe. No se han realizado representaciones verbales, declaraciones o incentivos por parte de las partes en este Acuerdo con respecto al objeto de este acuerdo, además de los asuntos establecidos en el mismo.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO CUIDADOSAMENTE Y COMPRENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO Y SUS CONSECUENCIAS LEGALES. INTENTO QUE FIRMA SEA UNA LIBERACIÓN COMPLETA E INCONDICIONAL DE TODA RESPONSABILIDAD AL GRADO MÁS GRANDE PERMITIDO POR LA LEY.

ESTOY CONSCIENTE DE QUE ESTO ES UN DESLINDE DE RESPONSABILIDAD EXPRESA Y UN ACUERDO DE LIBERACIÓN E INDEMNIZACIÓN ENTRE LA ENTIDAD Y YO MISMO, Y ESTOY DE ACUERDO CON MI PROPIO Y LIBRE ALBEDRIO.

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA	FIRMA
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN (si es menor de 18 años)	FECHA	FIRMA
TELÉFONO DE CONTACTO		