



RENUNCIA/LIBERACIÓN DE RECLAMOS Y RESPONSABILIDADES CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EL 9 DE ABRIL, 2026 EJERCICIO DE VÍCTIMAS MASIVAS EN FLORIDA CENTRAL

Yo, _____, reconozco que he sido informado de la potencial riesgos de lesión/enfermedad eso puede ocurrir debido a a mí (o mi niño), _____, siendo permitido a participar como a “víctima o voluntario” en un emergencia respuesta ejercicio en participativo organizaciones listadas (en adelante denominado “ejercicio”); y acepto asumir el riesgo de dicha lesión/enfermedad.

En consideración para ser permitido a participar en el ejercicio, I por la presente LIBERAR, RENUNCIAR, DESCARGAR, Y ACUERDO NO DEMANDAR, Y ACEPTO INDEMNIZAR Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD por cualquier y todos los propósitos a la Coalición Médica para Desastres de Florida Central, y todas las organizaciones participantes, incluidos hospitales, EMS, gestión de emergencias, juntas escolares y otras instituciones educativas, Lynx, todos los demás socios comunitarios y el ESTADO DE FLORIDA y sus respectivos funcionarios, servidores, agentes, voluntarios o empleados (en adelante denominados colectivamente como EXONERADOS) DE TODAS LAS RESPONSABILIDADES, OBLIGACIONES, RECLAMOS, DEMANDAS, CAUSAS DE ACCIÓN O LESIÓN, INCLUIDO MUERTE, eso puede ser sostenido por yo/mi hijo mientras participativo en el ejercicio de cualquier manera, ya sea causado por negligencia de los EXONERADOS o de otra manera, o mientras se encuentre en el instalaciones propiedad o arrendado por los CANCELADOS. Reconozco que puede haber actividades físicamente extenuantes. Sé de No hay ninguna razón médica por la que yo o mi hijo no debamos participar en este ejercicio.

El curso de yo/ mi niño voluntariado incluye yendo a y regresando de el ejercicio, como Bueno como el ejercicio sí mismo.

Entiendo que **yo / La ropa de mi hijo puede romperse o ensuciarse** durante este ejercicio. Nosotros Anime a los participantes a usar ropa vieja y cómoda.

Además, entiendo y doy mi consentimiento para que se tomen fotografías durante este ejercicio. Estoy consciente que dichas fotografías puedan utilizarse con fines educativos y/o mediáticos. propósitos.

I aceptar a RENUNCIAR Y LIBERAR a la Coalición Médica para Desastres de Florida Central, a todas las organizaciones participantes, incluidos hospitales, servicios médicos de emergencia (EMS), gestión de emergencias, juntas escolares y otras instituciones educativas, Lynx, todos los demás socios comunitarios y el ESTADO DE FLORIDA y sus respectivos funcionarios, servidores, agentes, voluntarios o empleados, de toda responsabilidad, incluidas todas las reclamaciones, demandas, acciones, asentamientos, juicios, costos, o gastos, basado al o surgiendo afuera de yo / mi del niño participación en este ejercicio.

Además, acepto liberar, indemnizar y eximir de responsabilidad a la Coalición Médica para Desastres de Florida Central, a todas las organizaciones participantes, incluidos hospitales, EMS, gestión de emergencias, juntas escolares y otras instituciones educativas, Lynx, todos los demás socios comunitarios y el ESTADO DE FLORIDA y sus respectivos funcionarios, servidores, agentes, voluntarios o empleados, y todos los demás relacionados con este ejercicio de cualquier reclamo y/o responsabilidad por mi parte. familia, patrimonio, herederos o cesionarios que surjan de este ejercicio.

Además, reconozco que es mi responsabilidad comunicarme con mi médico personal o el de mi hijo para obtener cualquier autorización médica necesaria . participar en esto ejercicio.

PRECAUCIONES DE SEGURIDAD PARA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (COVID, GRIPE, VSR):

Debido a que la COVID-19, la gripe y el VSR son extremadamente contagiosos y se propagan principalmente por contacto directo, todos los participantes del ejercicio aceptan las medidas preventivas que se describen a continuación. Si no las cumplen, se les expulsará inmediatamente del ejercicio. Sin embargo, incluso con los protocolos de seguridad y las medidas preventivas para reducir la propagación de estas enfermedades, **no podemos garantizar** que los estudiantes, el profesorado, los colaboradores, los patrocinadores y otras personas que participen en el ejercicio no se infecten. Además, participar en el ejercicio donde el contacto cercano sea inevitable puede aumentar el riesgo de que usted o su hijo/a contraiga una enfermedad respiratoria. Al firmar esta exención de responsabilidad, reconozco mi deber/el de mi hijo/a de autocontrolarme y acepto que:

- Tomar la temperatura para detectar fiebre antes de llegar a la escuela el día del ejercicio. Se considera fiebre una temperatura igual o superior a 38 °C (100.4 °F). Si mi hijo/a tiene fiebre, no participará en el ejercicio.
- Realizaré una evaluación de mi hijo/a para detectar signos de enfermedad, como fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida reciente del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea, mejillas enrojecidas, respiración rápida o dificultad para respirar (sin actividad física reciente), fatiga o irritabilidad extrema. Si mi hijo/a o yo presentamos alguno de estos signos o síntomas, no participaremos en el ejercicio.
- Certifico que yo/mi hijo/a no hemos estado en contacto con alguien que haya dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 10 días. Si yo o mi hijo/a hemos estado en contacto con dicha persona, seguiremos las directrices de los CDC después de la exposición: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/if-you-were-exposed.html>

Yo / mi hijo acepto usar una máscara si el hospital lo requiere mientras participo en el ejercicio.

La Coalición Médica para Desastres de Florida Central y sus hospitales recomiendan encarecidamente que todas las personas elegibles reciban todas las vacunas apropiadas para su edad.

Al firmar este documento, reconozco y confirmo todas las declaraciones anteriores. Asimismo, asumo voluntariamente todos los riesgos de que yo o mi hijo/a podamos estar expuestos o infectados por una enfermedad respiratoria como resultado de la participación en el ejercicio, y de que dicha exposición o infección pueda resultar en lesiones personales, enfermedades, pérdidas o la muerte. Entiendo que el riesgo de exposición o infección puede resultar de las acciones, omisiones o negligencias mías, de mi hijo/a y de todas las organizaciones participantes u otras personas no mencionadas, y reconozco que conozco todos estos riesgos.

Entiendo y acepto esta Renuncia/Liberación de Reclamos y Responsabilidades y la he firmado voluntariamente. en mi nombre o el de mi hijo abajo.

Firmado este _____ día de, _____, 2025

Nombre del participante

Firma de Firma del participante

del padre (si es menor de 18 años) viejo)

Testigo de Testimonio del participante ante los padres