



**EXENCIÓN DE RECLAMOS Y RESPONSABILIDAD  
CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EL 25 DE ABRIL DE  
2024  
EJERCICIO DE VÍCTIMAS NUMEROSAS PARA EAST CENTRAL  
FLORIDA**

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que se me informó acerca de los potenciales riesgos de lesión/enfermedad asociados a mi participación o la de mi hijo/a, \_\_\_\_\_, como “víctima o voluntario/a” en un ejercicio de respuesta a emergencias en los hospitales del área participantes mencionados (en adelante, el “ejercicio”), y acepto asumir el riesgo de dicha lesión/enfermedad.

En consideración de mi permiso para participar en el ejercicio, por la presente, EXIMO Y LIBERO DE TODA RESPONSABILIDAD, RENUNCIO A TODA DEMANDA Y ACUERDO NO INICIAR ACCIONES JUDICIALES a todos los fines y efectos a Central Florida Disaster Medical Coalition, todos los hospitales participantes, todas las juntas escolares participantes y demás instituciones educativas, Lynx, demás socios comunitarios, y el ESTADO DE FLORIDA y sus respectivos funcionarios, trabajadores, agentes, voluntarios, y empleados (en adelante, colectivamente, SUJETOS EXIMIDOS) POR CUALQUIER RESPONSABILIDAD, RECLAMO, DEMANDA, CAUSA JUDICIAL O LESIÓN, INCLUYENDO LA MUERTE, que tanto yo como mi hijo/a podamos sufrir al participar de cualquier forma del ejercicio, ya sea que ocurra por causa de negligencia de los SUJETOS EXIMIDOS o por otro motivo, o al permanecer en las instalaciones de los SUJETOS EXIMIDOS o alquiladas por ellos. Reconozco que es posible que haya actividades físicamente extenuantes. A mi saber, no hay motivos médicos que impidan que yo/mi hijo/a participe de este ejercicio.

Mi participación voluntaria o la de mi hijo/a incluyen el traslado hacia y desde el ejercicio, así como el ejercicio mismo.

Comprendo que **mi ropa o la de mi hijo/a pueden desgarrarse o ensuciarse** durante el ejercicio. Recomendamos que los participantes vistan ropa vieja y cómoda.

Además, doy mi consentimiento para que se tomen fotografías durante el ejercicio. Soy consciente de que estas fotografías pueden utilizarse con fines educativos o promocionales.

Acepto LIBERAR a Central Florida Disaster Medical Coalition, todos los hospitales participantes, todas las juntas escolares participantes y demás instituciones educativas, Lynx, demás socios comunitarios, y el ESTADO DE FLORIDA y sus respectivos funcionarios, trabajadores, agentes, voluntarios o empleados, de toda responsabilidad, incluyendo reclamos, demandas, acciones, acuerdos, juicios, costos o gastos, que surja por mi participación o la de mi hijo/a en este ejercicio.

Además acepto indemnizar y eximir a Central Florida Disaster Medical Coalition, todos los hospitales participantes, todas las juntas escolares participantes y demás instituciones educativas, Lynx, demás socios comunitarios, y el ESTADO DE FLORIDA y sus respectivos funcionarios, trabajadores, agentes, voluntarios o empleados, y demás personas relacionadas con este ejercicio de toda responsabilidad y reclamo presentado por mi familia, herederos o cesionarios a raíz de este ejercicio.

Además, reconozco que es mi responsabilidad comunicarme con mi médico o el de mi hijo/a para obtener toda autorización médica necesaria para participar de este ejercicio.

### **PRECAUCIONES DE SEGURIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (COVID, GRIPE, VSR):**

Como el COVID-19, la gripe y el VSR son extremadamente contagiosos y se transmiten principalmente por el contacto entre personas, todos los participantes del ejercicio deben aceptar tomar las medidas preventivas descritas a continuación. Los participantes podrán ser retirados inmediatamente del ejercicio si no cumplen con las medidas. Sin embargo, incluso con los protocolos de seguridad y las medidas preventivas para reducir la transmisión de enfermedades, **no podemos garantizar** que los estudiantes, el cuerpo docente, los socios, los patrocinadores y los demás participantes del ejercicio se no contagien. Además, la participación en este ejercicio en el cual es posible que el contacto estrecho sea inevitable puede aumentar las posibilidades de que usted/su hijo/a se contagie de una enfermedad respiratoria. Al firmar esta exención de responsabilidad, reconozco que es mi deber/deber de mi hijo/a realizar un automonitoreo y acepto lo siguiente:

- Antes de llegar a la escuela el día del ejercicio, revisaré mi temperatura para ver si tengo fiebre/revisaré la temperatura de mi hijo/a para ver si tiene fiebre. Se considera fiebre cuando se tiene una temperatura de 100.4 °F o 38 °C o más. En caso de tener fiebre, no participaré/mi hijo/a no participará del ejercicio.

- Realizaré una autoevaluación o una evaluación de mi hijo/a para ver si existen signos de enfermedad, tales como fiebre o escalofríos, tos, falta de aliento o dificultad para respirar, fatiga, dolor muscular o corporal, dolor de cabeza, pérdida nueva del gusto o el olfato, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea, enrojecimiento facial, respiración rápida o dificultad para respirar (sin haber realizado actividad física), cansancio, o molestia extrema. Ante la presencia de cualquiera de estos síntomas, no participaré/mi hijo no participará de este ejercicio.
- Declaro que no he estado/mi hijo/a no ha estado en contacto con una personas que haya recibido un resultado positivo de COVID-19 en los últimos 10 días. Si yo he estado en contacto/mi hijo/a ha estado en contacto con una persona con resultado positivo de COVID-19, seguiré los lineamientos de los CDC luego de una exposición:  
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/if-you-were-exposed.html>
- Acepto que debo/mi hijo/a debe usar mascarilla si así lo requiere el hospital al participar en este ejercicio.

Central Florida Disaster Medical Coalition y los hospitales de la región recomiendan enfáticamente que todas las personas elegibles reciban todas las vacunas adecuadas para su edad.

Al firmar a continuación, reconozco y acepto todo lo descrito anteriormente. Además, asumo voluntariamente el riesgo de exposición o contagio de una enfermedad respiratoria como resultado de la participación en el ejercicio y el riesgo de que dicha exposición o contagio pueda resultar en una lesión, enfermedad, pérdida o muerte. Comprendo que el riesgo de exposición o contagio puede ser resultado de una acción, omisión o acto de negligencia de mi parte, de parte de mi hijo/a, o de parte de todas las organizaciones participantes y demás personas no mencionadas, y declaro que conozco los riesgos.

Comprendo y acepto la presente Exención de reclamos y responsabilidad, la cual firmo voluntariamente en mi nombre o en nombre de mi hijo/a.

Firmado a \_\_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ de 2024

\_\_\_\_\_  
Name of Participant  
Nombre del participante:

\_\_\_\_\_  
Signature of Participant  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent (if under 18 years old)  
Firma del padre/madre (si es mejor de 18 años)

---

Witness to Participant  
Testigo del participante

---

Witness to Parent  
Testigo del padre/madre