

**COLUMBIA BASIN COLLEGE  
ASUNCION DE RIESGOS**

Para Estudiantes que Estén Participando en Viajes de Campo y/o Actividades del Colegio

Actividad/Evento: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

División/Dept: \_\_\_\_\_ Fechas Abarcadas: \_\_\_\_\_

Nombre de Participante: (escrito) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El participante que abajo firma y sus padres o guardián legal, si el participante tiene menos de dieciocho (18) años, por este medio realiza(n) esta Asunción de Riesgos por sí mismo(s), y su(s) herederos, sucesores, representantes y cesionarios, y por este medio acuerda(n) y representa(n) lo siguiente:

Estoy conciente de que durante mi participación en: \_\_\_\_\_ (nombre de evento o actividad específico), organizado por: \_\_\_\_\_ (nombre de club estudiantil, clase de colegio, etc.), ciertos peligros podrían ocurrir, incluyendo pero no limitados a: **(enumera peligros muy específicos**, ej. correr o caminar sobre calles y otras superficies, incluyendo lesiones provocadas por las condiciones de la superficie, lesiones por correr o caminar en general, lesiones por otros corredores o caminantes u otros espectadores o no-participantes, y las fuerzas de la naturaleza). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Entiendo que \_\_\_\_\_ (nombre de evento o actividad específico) es una actividad intrínsecamente peligrosa y que los riesgos asociados con esta actividad están generalmente reconocidos como peligrosos.

En consideración de, y como pago parcial por, el derecho de participar en el evento específico mencionado arriba, y organizado para mí por Columbia Basin College, he considerado y por este medio considero a Columbia Basin College y al club estudiantil/departamento del Colegio mencionado arriba, inofensivo respecto a cualquier y toda responsabilidad, acciones, causas de acción, deudas, demandas, reclamos de todo tipo y naturaleza que podrían surgir de, o en relación con, el evento/actividad específico mencionado arriba. Las condiciones del mismo servirán como una cesión de derechos y asunción de riesgos para mis herederos, ejecutores testamentarios y administradores y para todos los miembros de mi familia, incluyendo a los menores que me acompañen.

Entiendo que el evento o actividad específico mencionado arriba tiene muchos riesgos inherentes visto que es un deporte y/o actividad básicamente físico. Reconozco estos riesgos y voluntariamente consiento a participar en este evento/actividad como se menciona arriba por mi cuenta y riesgo.

Yo, quien firmo abajo, he leído esta Asunción de Riesgos y entiendo sus condiciones y los riesgos que implica y acepto estos riesgos. Entiendo y acuerdo a través de mi firma sobre esta hoja que he tenido la oportunidad de discutir sobre este documento con quien yo elija hacerlo y que lo firmo libremente.

Declaro bajo pena de perjurio de las leyes del Estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante (Escriba el Nombre) Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián si el participante es menor de 18 años de edad (Escriba el Nombre) Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo (Escriba el Nombre) Fecha

**COLUMBIA BASIN COLLEGE  
CONSENTIMIENTO MEDICO**

Para Estudiantes que Estén Participando en Viajes de Campo y/o Actividades del Colegio

Yo, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_,  
(Escriba el Nombre del Estudiante) (Padre de estudiante menor de dieciocho años de edad),

por este medio otorgo a Columbia Basin College la autoridad de acceder a tratamiento médico en nombre de:  
(Escriba el Nombre del Estudiante) \_\_\_\_\_ en caso de que el estudiante  
identificado arriba se lesione o de otra manera quede incapacitado durante un viaje de campo o actividad  
asociado con el Colegio.

El Colegio podrá por este medio: hacer cualquier arreglo que sea apropiado y más conveniente para el  
**estudiante identificado y mencionado arriba** en caso de que se lesione y quede incapacitado, para la  
atención médica, quirúrgica o dental urgente del **estudiante identificado arriba**;

Acceder en mi nombre a cualquier y todo tipo de tratamiento o procedimiento médico, tratamiento o  
procedimiento dental o procedimientos quirúrgicos para el **estudiante mencionado arriba**;

Acceder en mi nombre a la revelación de cualquier comunicación o información confidencial o de  
confianza relacionada a la prestación de cualquier tipo de cuidado para el **estudiante mencionado arriba**;

Emplear médicos, cirujanos, enfermeros, dentistas, o cualquier otro individuo o institución necesario  
para poder prestarle al **estudiante mencionado arriba**, cualquiera de los tipos de cuidado autorizados por  
este Consentimiento Médico.

Una fotocopia de este instrumento se considerará como una versión original para todo fin.

**ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO MEDICO SE VENCE :** \_\_\_\_\_.

Si cualquier parte de este Formulario de Consentimiento Médico se considerara inválida bajo cualquier  
ley, lo restante de este instrumento no se verá afectado por tal invalidez.

EN FE DE LO CUAL, he llenado este Formulario de Consentimiento Médico el \_\_\_\_\_, 200\_\_.

\_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_  
**Firma del Estudiante** (Escriba el Nombre)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
/\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre o Guardián Legal de Estudiante Menor de 18 Años de Edad** (Escriba el Nombre)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

APROBADO COMO FORMULARIO: OFICINA DEL FISCAL GENERAL  
Julio, 2005



Individuales con discapacidades son animados a participar en eventos y programas patrocinados por el colegio comunitario. Si usted tiene una incapacidad y requiere asistencia, por favor comuníquese con el Centro de Recursos de CBC al (509) 542-5525, o TTY/TDD al (509) 546-0400. Esta noticia esta disponible solicitándolo por medios de comunicaciones alternativas.

Columbia Basin College obedece las leyes del estado y federal, regulaciones y órdenes ejecutivos pertenecientes a los derechos civiles, igualdad de oportunidades y a la acción afirmativa. CBC no discrimina en sus programas educacionales o empleo basándose al gerundio, raza, origen nacional, religión, edad, estado marital, físico, mental o discapacidad sensorial, orientación sexual o estado veterano de Vietnam. Si tiene alguna pregunta se puede comunicar con Camillia Glatt, Oficial del Acción Afirmativa, (509) 542-5548.