

Camp LIFE

Nombre del Programa

CAMPO & PROGRAMA DE ENRIQUECIMIENTO

RENUNCIA, INDEMNIZACIÓN Y FORMA DE AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO

=====

1. CLÁUSULA EXCULPATORIAS. En consideración por recibir permiso para que mi / mi hijo's participación en las actividades de todas y cada una de Camp LIFE (en adelante como "campo"), que es patrocinado por Texas A&M University, (en adelante denominado "Patrocinador"), por la presente relevo, renuncio, de descarga, no pacto de no demandar, y acepta mantener indemne de todos y cada patrocinador fines, el Sistema de la Universidad Texas A & M, la Junta de Regentes de el Sistema Texas A & M , de la Universidad Texas A & M , y sus miembros, oficiales, funcionarios, agentes, voluntarios o empleados (en adelante denominado EXONERADOS o indemnizados) de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones, demandas, lesiones (incluyendo muerte) o daños, incluidos los tribunales los costos y honorarios de abogados y gastos, que pueden ser sostenidas por mí / a mi hijo durante su participación en dicha actividad, mientras que viajan hacia y desde la actividad, o en los predios propios o arrendados por los EXONERADOS, **incluyendo las lesiones sufridas como resultado de la articulación de la suela, o concurrentes negligencia, negligencia per se, fallo legal, o de estricta responsabilidad de los EXONERADOS.** Yo entiendo que esta renuncia no se aplica a las lesiones causadas por premeditación o negligencia grave llevar a cabo.

2. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN. Soy plenamente consciente de que existen riesgos inherentes a mi hijo, a mí y a otros involucrados con esta actividad, incluyendo pero no limitado a montar a caballo cursos de sogas resistente de altura baja y alta, tiro al blanco y remar canoa, Y elijo voluntariamente participar / permitir que mi hijo en esta actividad con pleno conocimiento de que la actividad puede ser peligrosa para mí, mi hijo y mi propiedad, y para la persona y la propiedad de otros. Yo reconozco que pueden ser las actividades físicas extenuantes. No conozco ninguna razón médica por la E / mi niño no debe participar. **Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener INDEMNIZADOS** de cualquier y toda responsabilidad, reclamaciones, demandas, lesiones (incluyendo muerte) o daños, incluyendo los costos judiciales y honorarios de abogados y los gastos, que pueden ocurrir a mí, hija mía, los demás participantes, y la tercera personas como resultado de mi / la participación de mi hijo en dicha actividad, **incluyendo las lesiones sufridas como resultado de la negligencia únicas, conjuntas o concurrentes, negligencia per se, fallo legal o estricta responsabilidad de los INDEMNIZADOS.**

3. NO SEGURO. Entiendo que EXONERADOS puede o no puede mantener cualquier póliza de seguro que cubre cualquier circunstancia que surja de mi / participación de mi hijo en esta actividad o cualquier evento relacionado con dicha participación. Como tal, soy consciente de que debo revisar mi información personal cobertura de seguro. Organización no puede tener seguro de responsabilidad civil general para cubrir las demandas derivados de esta actividad por lo que busca una renuncia a las reclamaciones como retribución adicional por el derecho a la participar para la

organización, puede (a) proporcionar la actividad con el menor coste posible para los participantes; y (b) facilitar el acceso a un mayor número de participantes por gastar recursos limitados en los materiales del programa en lugar de sobre el seguro de responsabilidad civil.

4. LIGA HEREDEROS. Es mi intención expresa de que este acuerdo será vinculante para los miembros de mi familia y su cónyuge, si estoy vivo, y mis herederos, cesionarios y representantes personales, si soy fallecido, y se regirá por las leyes del Estado de Texas.

5. AUTORIZACION MEDICA, LA INDEMNIZACIÓN POR GASTOS MÉDICOS, y RENUNCIA. Entiendo EXONERADOS no se puede esperar para controlar todos los riesgos articulado en este formulario y EXONERADOS puede ser necesario para responder a accidentes potenciales y situaciones de emergencia situaciones. Por lo tanto, doy mi consentimiento para cualquier tratamiento médico que pueda ser necesaria, según lo determinado por un profesional médico en el centro médico, durante mi /participación de mi hijo en esta actividad con el entendimiento de que el costo de dicho tratamiento será mi responsabilidad.

Estoy de acuerdo en indemnizar y mantener indemnizados de cualquier responsabilidad por los costos incurridos para el tratamiento de mí, mi /niño, incluso si un Indemnizado ha firmado la documentación del hospital la promesa de pagar por el tratamiento debido a mi incapacidad para firmar la documentación. También estoy de acuerdo en liberar, renunciar, descarga, pacto de no demandar, y acepta mantener indemne de cualquier y todos los propósitos, EXONERADOS de cualquier y toda responsabilidad, reclamos, demandas, lesiones (incluyendo muerte) o daños y perjuicios, incluyendo los costos judiciales y honorarios de abogados y gastos, que pueden ser sostenidas por mí o mi hijo /mientras recibe atención médica o en la decisión de buscar atención médica, incluyendo el viaje hacia a partir de un centro de atención médica, **incluyendo las lesiones sufridas como resultado de la articulación de la suela, o negligencia concurrente, negligencia per se, fallo legal, o de estricta responsabilidad de los EXONERADOS**. Yo entiendo que esta renuncia no se aplica a los daños causados por premeditación o negligencia grave llevar a cabo.

6. FIRMA DEL VOLUNTARIO. Con la firma de este acuerdo que reconoce y declara que he leído, entendido, y firmar voluntariamente como mi propio acto libre y voluntaria, tiene patrocinador no se hacen y no he confiado en las declaraciones orales, declaraciones o incentivos, aparte de los términos contenidos en este acuerdo. En que se firma este documento para obtener completa, adecuada y completar el examen con toda la intención de obligarse por el mismo, ahora y en el futuro. Yo Entiendo que puedo escoger no firmar este documento y libre de mí mismo y mi hijo de sus términos y los riesgos asociados de la actividad no sólo participan en la actividad y la elección de alguna otra actividad disponible para mí / a mi hijo que tiene un menor nivel de riesgo para mí y para mi hijo. Yo Además, entiendo que es una actividad voluntaria, actividades extracurriculares. Si bien entiendo alternativa las actividades están disponibles para mí / a mi hijo que no tiene los riesgos asociados con esta actividad todavía el deseo de participar voluntariamente / permitir que mi niño se dedique a esta actividad.

**FIRMAR ESTE DOCUMENTO SE REFIERE A LA RENUNCIA DE VALIOSOS DERECHOS LEGALES.
CONSULTE A SU ABOGADO ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO.**

Firmado el día _____ de _____, 20 ____.

Firma del Participante: _____

Nombre impreso: _____

Fecha de Nacimiento del Participante: _____

Firma del padre o tutor legal: _____

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

Nombre del padre o tutor legal de impresión: _____

(Si el participante es menor de 18 años de edad)

EN CASO DE EMERGENCIA, PÓNGASE EN CONTACTO CON: _____

EN EL SIGUIENTE NÚMERO: _____

SI EL PARTICIPANTE TIENE UN SEGURO MÉDICO, POR FAVOR INDIQUE: _____

COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA PRINCIPAL: _____

POR FAVOR ESCRIBA CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS ESPECIALES QUE SU HIJO
PUEDE NECESITAR: _____

Parent Guardian Authorization, Waiver, & Consent for Over-the-Counter Medication



Over-the-Counter (OTC) Medication may at times need to be administered, if approval is indicated by the student's parent or guardian. Please complete the following section to save time if your child needs any of these OTC medications during her/his stay. Note: Unless we have parental authorization, we cannot administer ANY medications.

I hereby authorize that the following medications may be given to _____ (child's name) if the need arises. You may dispense only those checked below.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ointments for minor wound care, first aid as directed. (Antiseptic, anti-itch, anti-sting, antibiotic, sunburn) | <input type="checkbox"/> Throat lozenges and/or spray as directed for sore throat |
| <input type="checkbox"/> Tylenol/Acetaminophen as directed | <input type="checkbox"/> Ibuprofen as directed |
| <input type="checkbox"/> Throat lozenges and/or spray as directed for sore throat | <input type="checkbox"/> Micatin or anti-fungus treatment as directed for athlete's foot |
| <input type="checkbox"/> Kaopectate or Imodium for diarrhea as directed | <input type="checkbox"/> Milk of Magnesia, Pepto Bismol, or Mylanta for upset stomach or nausea as directed |
| <input type="checkbox"/> Roloids or Tums for acid reflux, heartburn, or indigestion as directed | <input type="checkbox"/> Benadryl for swelling, hives, allergic reaction, as directed |
| <input type="checkbox"/> Actifed or Sudafed as directed for nasal congestion or allergy relief per instructions | <input type="checkbox"/> Visine or other eye drops for minor eye irritation |
| <input type="checkbox"/> Medicated lip ointment for dry, chapped lips, lip blisters, or canker sores as directed | <input type="checkbox"/> Swimmer's ear drops as directed |
| <input type="checkbox"/> Hydrocortisone ointment as directed for mild skin irritations, poison ivy, and insect bites | <input type="checkbox"/> Medicated powder for skin irritation as directed |
| <input type="checkbox"/> Robitussin or other cough syrup as directed | <input type="checkbox"/> Calamine lotion for bug bites and poison ivy |
| <input type="checkbox"/> Sunscreen | <input type="checkbox"/> Bug repellent |
| <input type="checkbox"/> Other (list any other approved over-the-counter drugs): _____ | |

Program staff reserve the right to use generic equivalents when available for the name brand over-the-counter medications listed above. I understand that such administration will **not** be done under the supervision of medical personnel. I also agree that any first aid treatment may be given as needed. I understand that these over-the-counter medications are not necessarily kept on hand and available to be administered immediately.

Any condition which is associated with fever, significant inflammation, and/or does not respond to the above outlined treatment will be followed-up by a consultation with the student's parents. Parent/guardian will be contacted if any conditions develop requiring treatment with any of the above over-the-counter medications that are not checked.

I authorize the administration of over-the-counter medications to my child as indicated above. I shall indemnify and hold harmless for any all purposes program staff, The Texas A&M University System, the Board of Regents for the Texas A&M University System, Texas A&M University, and their members, officers, servants, agents, volunteers, or employees (RELEASEES) against any claims that may arise relating to my child being administered the above indicated over-the-counter medications **including injuries sustained as a result of the sole, joint, or concurrent negligence, negligence per se, statutory fault, or strict liability of RELEASEES.**

I/We have legal authority to consent to medical treatment for the participant named above, including the administration of medication at the program hosted by/at Texas A&M University.

Participant Name _____ Parent/Guardian Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

AUTHORIZATION FOR DISPENSING MEDICATION

PARENT'S AUTHORIZATION

Name of Child to Receive Medicine		Name of Medication	
Prescribing Physician	Prescription No.	Expiration Date	
Dosage	When to Give	Continue Medication Until (date)	

NOTE: Medication must be in its original container and labeled with your child's name and the date medication is left at the facility. Medication can only be administered in amounts according to the label directions.

Additional Instructions:

_____ Date

Signature-Parent or Guardian

CAREGIVER'S RECORD OF ADMINISTERING MEDICATION

CHILD'S NAME	NAME OF MEDICATION	DATE GIVEN	TIME GIVEN	AMOUNT GIVEN	FULL NAME OF CAREGIVER OR EMPLOYEE

Disposition of Left-over Medication		
<input type="checkbox"/> Returned to Child's Parent/Guardian	<input type="checkbox"/> Thrown Away	Date: _____

AUTHORIZATION FOR DISPENSING MEDICATION

PARENT'S AUTHORIZATION

Name of Child to Receive Medicine		Name of Medication	
Prescribing Physician	Prescription No.	Expiration Date	
Dosage	When to Give	Continue Medication Until (date)	

NOTE: Medication must be in its original container and labeled with your child's name and the date medication is left at the facility. Medication can only be administered in amounts according to the label directions.

Additional instructions:

_____ Signature-Parent or Guardian _____ Date

CAREGIVER'S RECORD OF ADMINISTERING MEDICATION

CHILD'S NAME	NAME OF MEDICATION	DATE GIVEN	TIME GIVEN	AMOUNT GIVEN	FULL NAME OF CAREGIVER OR EMPLOYEE

Disposition of Left-over Medication		Date:
<input type="checkbox"/> Returned to Child's Parent/Guardian	<input type="checkbox"/> Thrown Away	



Talent Release

1. I authorize Texas A&M University and its agents to photograph, videotape, audio record, televise, duplicate, and/or otherwise record my image, voice, and likeness. I understand that Texas A&M will own these recordings.
2. I irrevocably authorize Texas A&M and its agents to use, display, publish, and distribute these recordings for any purpose on websites, publications, broadcasts, displays, and any other medium, and to offer these recordings to others for use in non-university mediums.
3. I waive any right to inspect or approve these recordings or material that may be used with them now or in the future, whether that use is known to me or not.
4. I release Texas A&M, its regents, employees, and agents from all liability arising out of the use of these recordings, including but not limited to any claims arising out of my right of privacy or right of publicity and any claims based on any distortions, optical illusions, or faculty mechanical reproductions.
5. I understand that I will not be compensated for any use of these recordings.
6. I understand that this is a legal document and represent that I have read it and understand it and am signing it voluntarily.

Signature

Date

Printed Name

Cell Phone

Email Address

Expected Graduation (If Applicable)

Permanent Address

If under age 18, a parent or guardian must complete the following:

Parent/Guardian Signature

Date

Parent/Guardian Printed Name

Relationship

Parent/Guardian Address