



Price Hill Wellness CAT Waiver Form (Spanish)

1. Nombre completo del Participante: _____
2. Fecha de Nacimiento: _____
3. Dirección postal: _____
4. Número de teléfono: _____
5. Contacto de emergencia: (nombre y número de teléfono) _____

Asumiendo riesgo:

Reconozco que voluntariamente participo en las *Clases de Ejercicios* que ofrece el Proveedor. Entiendo que ejercicio físico, por su propia naturaleza, lleva ciertos riesgos, que incluyen, pero no se limitan, a lesión física, tensión, molestia y hasta la posibilidad de herida seria o muerte. Yo asumo todos los riesgos y responsabilidades por cualquier lesión (lesiones) ú otros incidentes médicos.

Renuncia y liberación:

Por la presente yo renuncio, descargo y acepto no demandar al Proveedor, sus empleados, representantes, afiliados, o agentes, de cualquier reclamo, demandas, responsabilidades, derechos, daños, gastos, causas de acción de cualquier naturaleza que surjan de ó en conexión con mi participación en las clases de ejercicio ya sea causado for negligencia del Proveedor ó de otra manera.

Representación médica:

Yo represento que estoy físicamente apto para participar en las clases de ejercicios y no tengo ninguna condición médica que no me permita participar sin peligro en las clases. Si tengo alguna condición médica ó preocupación, he consultado a un profesional médico y he obtenido permiso para participar.

Consentimiento para tratamiento medico:



Por la presente doy consentimiento a recibir cualquier tratamiento médico que resulte por mi participación en las *Clases de Ejercicio* y acepto pagar los gastos asociados con dicho tratamiento.

Fotografía y Video liberación:

Por la presente doy permiso al Proveedor a tomar mi fotografía y/o video y utilizarlos para propósitos promocional sin compensación monetaria.

Reconocimiento:

He leído esta exención de las *Clases de Ejercicios*, entiendo el contenido, y acepto a estar sujeto a sus términos. Entiendo estoy renunciando a derechos legales substanciales cuando firmo este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Padre/madre/guardian (si menor de 18 años): _____

Fecha: _____

[dirección e información de contact del Proveedor]