

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO DE MENOR PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

Menor de 18 años (menor de edad)

Con nuestras firmas a continuación, reconocemos que conocemos, entendemos la naturaleza y asumimos voluntariamente los riesgos implicados en participar en

Mediante nuestras firmas a continuación, en nombre nuestro, de nuestros herederos, familiares más cercanos, derechohabientes, cesionarios, representantes personales y agentes, por el presente:

1. renunciamos a toda pretensión o fundamento contra el estado de Dakota del Sur, sus funcionarios, empleados y agentes y los exoneramos de toda responsabilidad por lesiones a personas o bienes que resulten de la participación en la actividad mencionada anteriormente;
2. aceptamos indemnizar y librar al estado de Dakota del Sur, sus funcionarios, empleados y agentes de toda pretensión, fundamento o responsabilidad ante cualquier otra persona que surjan de la participación en la actividad mencionada anteriormente;
3. damos nuestro consentimiento para recibir todo tratamiento médico que se considere aconsejable durante la participación en la actividad mencionada anteriormente;
4. reconocemos que firmaremos a continuación como menor de edad y como padre o tutor legal del menor que se menciona a continuación.

He leído esta exención de responsabilidad, asunción de riesgos y acuerdo de indemnización y consentimiento para el tratamiento médico; entiendo completamente sus términos; entiendo que he renunciado a derechos sustanciales al firmarlo y lo he firmado libre y voluntariamente sin ningún incentivo o garantía y pretendo que mi firma sea una exención completa e incondicional de toda responsabilidad en la mayor medida permitida por ley.

Nombre del menor _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Firma _____ Fecha _____

Nombre del tutor _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Firma _____ Fecha _____