

**UNIVERSITY OF COLORADO DENVER
RELEASE OF RESPONSIBILITY, ASSUMPTION OF RISK AND WAIVER**

CAMPER NAME _____

PROGRAM: MILE HIGH HEMOPHILIA CAMP 2011 (7/17—7/22, 2011) at ROCKY MOUNTAIN VILLAGE

Please read this information completely before signing. Its effect is to release the Regents of the University of Colorado, a body corporate, acting by and through the Hemophilia & Thrombosis Center (HTC), from any liability resulting from your participation in the program activity named above and waives all claims for damages or losses against the Regents of the University of Colorado, a body corporate. Examples of daily activities are: arts and crafts, swimming, horseback riding sports and games, archer, in-camp campouts, computer lab, softball, hiking, tennis, fishing etc. Some campers may be given the opportunity for a day trip which is an excursion off camp property. Please refer to the 'Camp Activity Exclusion Form'.

In consideration of the HTC making arrangements for and permitting and assisting me in participating in the above named program activities, I exercise my own free choice (or my child's) to participate voluntarily in activities, understand and assume all associated risks, and promise to take due care during such participation. I hereby release and discharge, indemnify and hold harmless the Regents of the University of Colorado, a body corporate, and their member officers, agents, employees and any other persons or entities acting on their behalf, and the successors and assigns for any and all of the aforementioned persons and entities, against all claims, demands, costs and expenses, and causes of action whatsoever, either in law or equity, arising out of or in any way connected with any loss and/or bodily injury and/or disability, arising from my participation in the above named program.

I understand that I am solely responsible for any costs arising out of any bodily injury and/or disability or property damage sustained through my child's participation in normal or unusual acts associated with the above named program.

I believe that my child is in good health, and affirm that my child's participation in the above named program activities will in no way aggravate any condition(s) present. If in doubt, I will seek further medical advice.

The undersigned does consent that photographs, video or motion pictures may be taken of the named applicant during the camp period, and that said photographs, video or motion pictures may be published in newspapers, magazines, television, publicity releases and/or other media, displayed in the clinic lobby, or used for clinical, research or program presentations by staff members of the HTC.

The undersigned, in case of emergency and in the event the undersigned cannot be reached by telephone, does hereby give permission for medical treatment by a physician or hospital selected by the Camp Director or staff of HTC. Such permission shall include any and all medical treatment which is necessary or desirable in the absolute discretion of any such physician or hospital. This medical care shall include, but is not limited to, examinations, treatments, immunizations, injections, anesthesia, surgery, and other procedures, etc.

I have had sufficient time to review and seek explanation of the provisions contained above, have carefully read them, understand them fully, and agree to be bound by them. After careful deliberation, I voluntarily give my consent and agree to this Release, Assumption of Risk and Waiver. If the participant is under 18 years of age, the parent or guardian in consideration of this request accepts the above terms and grants permission for their child's participation.

SIGNATURE: Parent or legal guardian

Date

**LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES, ACEPTACIÓN DE RIESGO Y EXENCIÓN DE ACCIÓN LEGAL
UNIVERSITY OF COLORADO DENVER**

Nombre: _____

PROGRAMA: MILE HIGH HEMOPHILIA CAMP 2011 (7/17—7/22, 2011) en ROCKY MOUNTAIN VILLAGE

Por favor lea toda esta información antes de firmar el documento. Su propósito es liberar a los Regentes de la Universidad de Colorado, una corporación administrativa que actúa por y a través del Centro de Hemofilia & Trombosis (HTC), de toda responsabilidad que pudiera resultar por su participación y la de sus hijos (as) en las actividades de los programas arriba mencionados y renuncia a cualquier reclamo por daños y pérdidas contra los Regentes de la Universidad de Colorado, una corporación administrativa. Ejemplos de actividades diarias son: proyectos de arte y artesanías, natación, deportes y juegos de equitación, tiro de arco, acampar, centro de cómputo, softbol, caminatas, tenis, pescar, etc. Puede ser que algunos campistas/participantes tengan la oportunidad de participar en un viaje de excursión de un día de duración fuera de la propiedad del campamento. Por favor consulte la 'Forma de Exclusión de Actividades del Campamento'.

En consideración de que el HTC está haciendo los arreglos necesarios y me está permitiendo con su asistencia participar en las actividades de dicho programa, en ejercicio de mi propia voluntad y la de mi hijo (a) acepto participar voluntariamente en todas las actividades entendiendo y asumiendo todos los riesgos y responsabilidades y me comprometo a tomar los cuidados necesarios. Por este medio libero y descargo de cualquier responsabilidad penal y eximo de responsabilidad a los Regentes de la Universidad de Colorado, una corporación administrativa, así como a sus integrantes, oficiales, agentes y empleados y a cualquier otra persona o entidades que actúen en su nombre, sucesores y otras personas y entidades designadas por ellos, de todas las reclamaciones, demandas, costos y gastos, y las causas de cualquier acción legal y de equidad, que surjan y de alguna manera estén conectados con cualquier pérdida o daño físico y/o discapacidad, derivadas de mi participación y la de mi hijo (a) en este programa.

Entiendo que soy el único responsable por los gastos derivados de los daños o discapacidades o daños a propiedad que ocurra durante la participación en actividades normales o inusuales asociadas con este programa.

Estoy consciente de que mi hijo (a) está en buen estado de salud y afirmo que su participación en las actividades de dicho programa no le causará daño ni le afectará su actual estado de salud. En caso de duda, buscaré consejo médico.

El abajo firmante acepta que el denominado solicitante puede ser fotografiado y video grabado durante el periodo del campamento, y que dichas fotografías y videos pueden ser publicados en periódicos, revistas, televisión, ediciones de publicidad y cualquier otro medio de comunicación, así como ser mostradas en los vestíbulos de clínicas, o utilizadas para estudios clínicos, investigaciones o presentaciones de programas por parte de representantes del HTC.

En caso de emergencia y en caso de que el abajo firmante no pueda ser localizado por teléfono, a través de este medio otorgo permiso para tratamiento médico a través de un doctor u hospital seleccionado por el Director del Campamento o personal del HTC. Dicho permiso deberá comprender, pero no limitarse a exámenes, tratamientos, inmunizaciones, inyecciones, anestesia, cirugía y otros procedimientos, etc.

He tenido tiempo suficiente para examinar y buscar explicaciones de las disposiciones contenidas arriba, he leído atentamente, y comprendido perfectamente y acepto estar obligado por ellas. Después de una atenta reflexión, doy mi consentimiento a este formato de Liberación de Responsabilidades, Aceptación de Riesgo y Exención de Acción Legal. Si el participante es menor de 18 años de edad, el padre o el tutor, en consideración de esta solicitud, acepta los términos anteriores y concede el permiso para la participación de su hijo (a).

FIRMA: DE LOS PADRES O DEL TUTOR

FECHA