

**ACEPTACIÓN DE RIESGO Y LIBERACIÓN DE
RESPONSABILIDAD POR EL USO DE INSTALACIONES,
EQUIPOS, PROPIEDADES Y / O SERVICIOS DEL
CONDADO DE MONO**

CONSIDERANDO QUE, el abajo firmante, _____ (Nombre del niño si la exención es para un menor; adelante el "Permisionario"), desea utilizar las siguientes instalaciones, equipos, propiedades o servicios que son propiedad de, operados, controlados o provistos por el Condado de Mono, una subdivisión política del Estado de California (en Adelante "el Condado"), para los siguientes propósitos: Actividades de bienestar con Mono County Behavioral Health en la(s) siguiente(s) fecha(s) y hora(s): 7/1/2022 – 6/30/2023

POR CUANTO, el Condado está dispuesto a permitir dicho uso de las instalaciones, equipos, propiedades o servicios antes mencionados, a cambio de la ejecución por parte del Permisionario de esta liberación de responsabilidad:

AHORA, POR LO TANTO, como incentivo material para que el Condado otorgue el permiso solicitado por el Permisionario para usar una instalación, equipo, propiedad o servicio del Condado; el Permisionario por este medio asume todo riesgo, exime de responsabilidad, libera irrevocable e incondicionalmente de responsabilidad, y acepta indemnizar y defender con un abogado aceptado por el Condado, al Condado y a sus sucesores, predecesores, cesionarios, funcionarios, empleados, agentes, representantes, abogados y entidades afiliadas; así como a todas las personas que actúen en su nombre, a través de ellos, bajo su mando o en concierto con ellos, con respecto a toda responsabilidad, demanda o reclamo por daños o lesiones a personas o bienes (incluidos, entre otros, el robo, daño o pérdida de la propiedad personal del Permisionario) como resultado, o de alguna manera relacionado con la presencia o uso por parte del Permisionario de alguna instalación, equipo, propiedad, o servicios para los cuales se otorga permiso por este medio; o como resultado de la presencia en o uso por parte de agentes del Permisionario o cualquier persona invitada por el Permisionario o permitida entrar en alguna instalación, equipo, propiedad, o servicios para los cuales se otorga permiso por este medio. **A través de esta liberación de responsabilidad, el Permisionario renuncia a todos los derechos otorgados por la Sección 1542 del Código Civil de California, que dice lo siguiente: "Como liberación de responsabilidad general, esta no se extiende a reclamos que el acreedor no conoce o sospecha que existen a su favor en el momento de la ejecución de esta liberación, los cuales, si eran conocidos por su parte, deben haber afectado materialmente su acuerdo".**

EL PERMISIONARIO, POR ESTE MEDIO, RECONOCE QUE HA LEÍDO Y COMPRENDIDO LO ANTERIOR, Y QUE **RENUNCIA EXPRESAMENTE** AL DERECHO A QUE SU PROPIO ABOGADO REVISE Y LO ASISTA EN LA PREPARACIÓN DE ESTE DOCUMENTO ANTES DE FIRM

CONDADO DE MONO:

Firmado por: _____

Gerente de Riesgos
P.O. Box 696
Bridgeport, CA 93517
(760)932-5410 Fax: (760)932-5411

El Personal de Salud Conductual _____

Yo, el personal de salud conductual, certifico que esta persona dio su consentimiento verbal para firma y que esta firma no se podía obtener de otra manera debido a Covid-19

PERMISARIO:

Firmado por: _____

Nombre y Apellido(s): _____
(en letras de molde)

Empresa: n/a

Fecha: _____



Wellness Program Demographics

1. ¿Cuál es tu edad?
 - Menor de 15 años
 - 16-25
 - 26-40
 - 41-59
 - 60+

2. ¿Cual es tu estatus militar?
 - Nunca sirvió en el ejército
 - Actualmente en servicio activo, servicio de reserva o Guardia Nacional
 - Sirvió previamente en el ejército
 - Prefiero no contestar
 - Otro

3. ¿Cuál es su idioma principal?
 - Inglés
 - Español
 - Otro (por favor especifica):

4. ¿Cuál es su raza / etnia?
 - Blanco o caucásico
 - Negro o afroamericano
 - Hispano o Latino
 - Mexicano / Mexicano Americano / Chicano
 - Indio americano o nativo de Alaska
 - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
 - Asiático o asiático americano
 - Centroamericano
 - Caribe
 - puertorriqueño
 - Sudamericano
 - Otro hispano / latino
 - Europa del Este
 - Europeo
 - Otro blanco / caucásico
 - Africano
 - Otro afroamericano / negro
 - Medio Oriente
 - Indio asiático / Asia meridional
 - Camboyano
 - Chino
 - Filipino
 - Japonés
 - Coreano
 - Vietnamita
 - Otro asiático
 - Prefiero no contestar
 - Otro: _____

5. ¿Tienes alguna discapacidad? Si es así, de qué tipo:
(Una discapacidad se define como un impedimento físico o mental o una afección médica que dura al menos seis meses y que limita sustancialmente una actividad importante de la vida, que no es el resultado de una enfermedad mental grave). (Más opciones en la página siguiente)
 - No, no tengo ninguna de estas discapacidades
 - Dificultad para ver
 - iff Dificultad para escuchar o que se entienda el habla
 - Otra discapacidad de comunicación



Wellness Program Demographics

- Discapacidad de aprendizaje
- Discapacidad del Desarrollo
- Demencia
- Otra discapacidad mental no relacionada con una enfermedad mental
- Discapacidad física / movilidad
- Condición de salud crónica
- Dolor crónico
- Prefiero no contestar

6. ¿Cuál es su género?

- Hombre
- Mujer
- Transgénero
- Género queer/ género no conforme
- Cuestionamiento / inseguridad de la identidad de género
- Prefiero no contestar

7. ¿Qué sexo le asignaron al nacer?

- Hombre
- Mujer
- Prefiero no contestar

8. ¿Cual es tu orientacion sexual?

- Heterosexual o heterosexual
- Gay o lesbiana
- Bisexual
- Cuestionamiento / inseguridad de orientacion sexual
- Queer
- Prefiero no contestar