

Nuevo Documento de Reconocimiento y Renuncia Para Padres-Coronavirus

Estoy de acuerdo, presento y garantizo que tanto el abajo firmante o cualquier niño participante registrado, no deberá visitar o participar en las actividades del _____ dentro de los 14 días después de: (1) retornar de un viaje fuera de los Estados Unidos o áreas dentro de los Estados Unidos designadas como zonas de alto contagio por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el estado de Ohio, (2) haber estado expuesto a cualquier persona que haya retornado a los Estados Unidos o de áreas dentro de los Estados Unidos designadas como zonas de alto contagio por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el estado de Ohio, (3) haber estado expuesto a cualquier persona de quien se sospecha o se ha confirmado caso positivo de COVID-19; o si **él o ella** (1) tienen síntomas de COVID-19, incluyendo sin limitaciones, fiebre, tos o falta de respiración, o (2) Se sospecha o ha sido diagnosticado con COVID-19. El firmante acuerda notificar inmediatamente a _____ (o al asistente inmediato) si alguna de las situaciones antes mencionadas ocurriera. Lo anterior no se aplica a personas empleadas del sistema de salud que utilizan equipo de protección médico.

El _____ y _____ tienen o pueden poner en práctica, medidas preventivas para reducir la propagación del COVID-19. Estoy de acuerdo en cumplir con las medidas que sean necesarias para la mejor protección contra la introducción del virus en las parroquias, incluido, pero no limitado a prácticas de higiene y medida de temperatura, completar el cuestionario de revisión diaria, distancia social, y el uso de equipo de protección personal como máscaras y/o guantes. Sin embargo, entiendo que _____ y _____ no pueden garantizar que yo o mi(s) hijo(s) no nos infectemos del COVID-19. Además, el participar en _____ puede o no puede incrementar mi riesgo y el de mi(s) hijo(s) de contraer el COVID-19.

Al firmar este acuerdo, tengo conocimiento de la naturaleza contagiosa del COVID-19 y voluntariamente asumo el riesgo que mi(s) hijo(s) pudiera(n) posiblemente estar expuesto a, o infectado de COVID-19 al participar en el _____ y que tal exposición o infección podría resultar en perjuicio personal, enfermedad, incapacidad permanente y muerte. Yo entiendo que el riesgo de estar expuesto o infectado por COVID-19 en _____ y/o _____ podría resultar de acciones, omisiones, o negligencia mía y de otros, incluyendo, pero no limitado a, empleados y voluntarios de _____ o parroquias participantes, además de los otros participantes del programa y sus familias.

Yo voluntariamente acuerdo asumir todos los riesgos antes mencionados y acepto total responsabilidad por cualquier daño a mi(s) hijo(s) o a mí mismo, incluido, pero no limitado a, lesión personal, discapacidad, muerte, enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad o gasto, de cualquier tipo, que yo o mi(s) hijo(s) pudiera experimentar o incurrir en conexión con la asistencia de mi(s) hijo(s) en _____. Por la presente, a nombre propio y de mi(s) hijo(s) renuncio y me comprometo a no demandar, liberar de cargos y mantener sin perjuicio al Obispo Robert Brennan, la Diócesis de Columbus, el _____, todas las parroquias católicas diocesanas participantes, escuelas y sus empleados, voluntarios, agentes, y representantes, de cualquier reclamo, incluyendo todas las responsabilidades, reclamos, acciones, daños, costos y gastos de cualquier clase que pudiera surgir de o relacionado a lo mismo. Yo entiendo y estoy de acuerdo que esta renuncia incluye cualquier reclamo basado en las acciones, omisiones o negligencias de cualquiera de las ya mencionadas personas o entidades, sus empleados, voluntarios, agentes y representantes, tanto si una infección de COVID-19 ocurriera antes, durante o después de la participación en _____ o cualquier otra actividad.

Firma

Fecha

Nombre impreso del padre/madre

Nombres de los niños que participan en el programa/actividad