

## EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO DE JOVEN PARA RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO

Con mi firma a continuación, reconozco que conozco, entiendo la naturaleza y asumo voluntariamente los riesgos implicados en participar en:

Con mi firma a continuación, en nombre mío, de mis herederos, familiares más cercanos, derechohabientes, cesionarios, representantes personales y agentes, por el presente:

1. renuncio a toda pretensión o fundamento contra el estado de Dakota del Sur, sus funcionarios, empleados y agentes y los exonero de toda responsabilidad por lesiones a mi persona o bienes que resulten de mi participación en la actividad mencionada anteriormente;
2. acepto 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 mi participación en la actividad mencionada anteriormente;
3. doy mi consentimiento para recibir todo tratamiento médico que se considere aconsejable durante mi participación en la actividad mencionada anteriormente.

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 \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_