

INSTRUCCIONES PARA LA DIVULGACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN Y EXONERACIÓN DE POP WARNER COVID-19

- 1) Esta forma deberá de ser llenada por todos los atletas jóvenes, y por todos los entrenadores, voluntarios y oficiales de la liga que asistan a los eventos Pop Warner, como el “Participante”.
- 2) La firma del padre o de la madre es requerida para todos los atletas jóvenes. Se requieren firmas de testigos. Cualquier persona puede actuar como testigo de las firmas del participante y de los padres.
- 3) La forma se deberá de llenar para la primera sesión del campamento, para la primera práctica y al principio de la competencia. Mantenga las formas originales con el Acuerdo del Participante. Escanee y envíe la forma de renuncia COVID-19 completa a compliance@popwarner.com
- 4) Si la primera pregunta se responde “Sí”, la fecha de confirmación o exposición se deberá de llenar a continuación.
- 5) Si la fecha de exposición es dentro de 14 días, el participante quedará excluido.
- 6) Un participante excluido debido a una exposición podrá regresar después de un periodo de 14 días y deberá de llenar otra forma nueva.
- 7) Si alguno de los síntomas es marcado en la forma, el participante quedará excluido.
- 8) Un participante excluido del campamento podrá regresar después de un periodo de 14 días en el que no haya presentado ningún síntoma.
- 9) Si no cumple con la temperatura requerida, el participante quedará excluido.
- 10) Un participante excluido por temperatura podrá regresar 14 días después de que su temperatura regrese a la normalidad.
- 11) Dentro de “Obligación de Informar”, los tres casilleros deberán de ser llenados.
- 12) Si el participante ha sido diagnosticado con COVID-19, no podrá regresar sin autorización médica.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE:

Nombre:

Nombre de la Asociación:

Equipo:

¿Ha estado usted en contacto cercano con alguna persona que ha sido diagnosticada por un laboratorio con COVID-19 durante los últimos 14 días?

- Sí
- No

Si su respuesta es "Sí", ¿Cuál es la fecha del último contacto cercano confirmado?

DIVULGACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE INFORMACIÓN Y EXONERACIÓN COVID-19

¿Está usted mostrando alguno de los siguientes síntomas, ya sea por primera vez o empeorando, de posible COVID-19?

- Tos
- Dificultad para respirar
- Escalofríos
- Temblores repetidos con escalofríos
- Dolores musculares
- Dolor de cabeza
- Dolor de garganta
- Pérdida del gusto o del olfato
- Diarrea
- Sensación de fiebre o toma de temperatura mayor o igual a 100 grados Fahrenheit.
- Contacto confirmado con alguna persona que haya sido diagnosticada por un laboratorio con COVID-19
- Viviendo actualmente con una persona que presente síntomas de COVID-19
- Ninguna de las anteriores/Ningún síntoma

Certificación de la temperatura:

- Certifico que me tomé la temperatura antes de llegar al campo el día de hoy, y fue menos de 100 grados Fahrenheit.

Obligación de Informar:

- Yo me comprometo a informarle en caso de entrar en contacto con alguna persona que haya sido diagnosticada con COVID-19 durante los últimos 14 días.
- Yo me comprometo a informarle y no asistir a ninguna actividad de Pop Warner durante 14 días, en caso de presentar alguno de los síntomas mencionados anteriormente.
- En caso de ser diagnosticado/a con COVID-19, no regresaré a ninguna actividad de Pop Warner sin autorización médica.

El virus COVID-19 ha sido declarado una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. **El virus COVID-19** es altamente contagioso y se cree que se transmite a través del contacto de persona a persona. Los gobiernos federales, estatales y locales, y las agencias de salud recomiendan el distanciamiento social y han, en muchas áreas, prohibido las actividades grupales.

Pop Warner está tomando medidas para reducir el contagio del virus **COVID-19**; sin embargo, **Pop Warner no puede garantizar** que usted o su/s hijo/a/os no serán infectado/a/os de **COVID-19**. Además, **asistir a las actividades de Pop Warner podría incrementar** el riesgo de contraer **COVID-19**.

Al firmar este acuerdo, reconozco la naturaleza contagiosa del **COVID-19** y voluntariamente asumo el riesgo al que mi hijo/a/os y yo podemos estar expuestos o que podemos ser infectados con **COVID-19** al asistir a las actividades de Pop Warner, y que tal exposición o infección puede resultar en daño personal, enfermedad, discapacidad permanente y muerte. Entiendo que el riesgo de exponerse o infectarse con **COVID-19** puede resultar del hecho, omisión o negligencia de mi persona y otros, incluyendo pero no limitado a, los voluntarios de Pop Warner, otros participantes y sus familias.

Yo, voluntariamente estoy de acuerdo en asumir los riesgos anteriormente mencionados, y acepto la responsabilidad absoluta de cualquier perjuicio o a mi/s hijo/a/os o a mi persona (incluyendo, pero no limitados a daño personal or corporal, discapacidad y muerte) enfermedad, perjuicio, pérdida, reclamo, responsabilidad o gasto de cualquier tipo que yo o mi/s hijo/a/os podamos incurrir debido a las actividades de Pop Warner (“Reclamos”). En mi nombre, y en nombre de mi/s hijo/a/os, yo, exonero y me comprometo a no demandar a Pop Warner, sus organizaciones afiliadas, empleados, voluntarios, agentes y representantes, de y por cualquiera de los reclamos.

FIRMAS

Firma del participante:

Fecha:

Firma del Padre o de la Madre:

Testigo:

Testigo: