



# COUNTY OF YOLO

Health and Human Services Agency

*Joan Planell*  
Director

**Jan Babb**  
Branch Director, Community Health

137 N. Cottonwood Street • Woodland, CA 95695  
(530) 666-8645 • www.yolohealth.org

## **El Jardín Conmemorativo de Hanna y Herbert Bauer Forma de Consentimiento y Acuerdo**

Yo \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, reconozco que actividades de jardinero incluye actividad que puede ser de naturaleza peligrosa, física o extenuante. Reconozco que esas actividades pueden ocasionalmente causar accidentes que pueden resultar en lesiones, muerte o propiedad dañada.

En consideración para la participación en el El Jardín Conmemorativo de Hanna y Herbert Bauer, yo certifico y renuncio a cualquier tipo de reclamo contra el condado de Yolo, sus oficiales, empleados y agentes que se relaciona con daños, lesiones personales, muerte o daños a la propiedad que yo o cualquier miembro de mi familia menor de 18 años (\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_) puede tener o que en adelante puede acumular como resultado de la participación en dicha actividad. Doy mi consentimiento para recibir tratamiento médico y autorizar el tratamiento médico de los miembros de mi familia identificados anteriormente, que se considere aconsejable en caso de lesión, accidente o enfermedad mientras yo/nosotros estemos en el jardín. Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable por los costos incurridos como resultado de dicho tratamiento. Esta versión y la renuncia se entenderán ampliamente para proporcionar una liberación y la renuncia a la máxima medida permitida por ley aplicable.

**HE LEÍDO CUIDADOSAMENTE ESTE ACUERDO Y COMPRENDO BIEN SU CONTENIDO. ESTOY CONSCIENTE QUE ES UNA LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y UN CONTRATO ENTRE EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE YOLO Y YO Y LO FIRMO CON MI PROPIA VOLUNTAD.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Cuadro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_