



## SERIE DE SOBREVIVIENTES RENUNCIA Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Reconozco que estoy eligiendo asistir al evento ZOOM de la Serie de Sobrevivientes de la Fundación de Esperanza para Lesiones Cerebrales. Reconozco que no tengo ninguna relación contractual o médico-paciente, terapéutica o de asesoramiento con ninguno de los oradores o presentadores en el evento que se haya creado en función de sus presentaciones o la información proporcionada y que cada presentador está presentando únicamente con fines informativos, pero no para establecer una relación con el paciente o contractual. La Fundación de Esperanza para Lesiones Cerebrales no garantiza la veracidad o relevancia de la información proporcionada ni La Fundación de Esperanza para Lesiones Cerebrales avala a ningún presentador ni ninguna decisión de desarrollar una relación terapéutica o de otro tipo con cualquiera de los presentadores. Por la presente, acepto liberar a La Fundación de Esperanza para Lesiones Cerebrales, sus miembros de la junta directiva, afiliados, aseguradoras, presentadores y otros representantes indemnes en relación con cualquier información de presentación que se me proporcione a través del evento en cuestión.

Reconozco que este formulario de Renuncia y Exoneración de Responsabilidad (RER) será utilizado por LA FUNDACIÓN DE ESPERANZA PARA LESIONES CEREBRALES Y SUS AFILIADOS, MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA, REPRESENTANTES Y PRESENTADORES y regiré mis acciones y responsabilidades en dicho evento.

En consideración a mi inscripción y permitiéndome participar en este evento, por la presente tomo acciones para mí, mis albaceas, administradores, herederos, parientes cercanos, sucesores y cesionarios de la siguiente manera: Renuncia, liberación y liberación de toda responsabilidad por mi muerte, discapacidad, lesiones personales, enfermedad, daños a la propiedad, robo de propiedad o acciones de cualquier tipo que puedan acumularse para mí durante este evento, **LAS SIGUIENTES ENTIDADES O PERSONAS: LA FUNDACIÓN DE ESPERANZA PARA LESIONES CEREBRALES** y sus directores, funcionarios, empleados, voluntarios, representantes y agentes, los patrocinadores del evento y los voluntarios del evento.

Entiendo que en este evento de ZOOM o actividades relacionadas se está llevando a cabo una grabación en vivo y puedo ser grabado o fotografiado. Acepto permitir que mi presencia en línea, fotografías, video, voz, imagen, discusiones, información privada de salud discutida, comentarios, chat u otra participación se publiquen en línea o se presenten por otros medios mediante grabación en vivo. Dichos pueden ser utilizados para cualquier propósito legítimo por los titulares del evento, productores, patrocinadores, organizadores y / o cesionarios.

Además, entiendo que estoy de acuerdo en comportarme de manera apropiada y profesional durante dicho evento de ZOOM y no acosaré a ningún presentador, miembro de la junta u otros asistentes de ninguna manera.

**AL MARCAR ESTA CASILLA, ACEPTO QUE ESTOY EN SU SANO JUICIO, CAPACIDAD LEGAL Y EDAD PARA PROPORCIONAR MI FIRMA Y ACUERDO CON LO ANTERIOR Y CERTIFICO QUE HE LEÍDO EL DOCUMENTO ANTERIOR Y ENTIENDO SU CONTENIDO.**