



# Día Familiar de Huellas de Salud

## Relevo de Responsabilidad: 5K Corre por tu Salud

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, \_\_\_\_\_ (estatus civil), \_\_\_\_\_ (profesión) y vecino (a) de \_\_\_\_\_ he decidido participar libre y voluntariamente del evento **8ª Edición del 5K Corre por tu Salud con First Medical** a ser celebrado el domingo, **13 de octubre de 2024**, a las **7:00 am** en el **Gran Parque Agroturístico de Dorado** (en adelante, “La Actividad”).

Con este fin y consciente de que todo tipo de evento artístico y/o deportivo conlleva un riesgo de lesiones, libero de toda responsabilidad a First Medical Health Plan, Inc. y a la Fundación Huellas de Salud, así como sus compañías aliadas, afiliadas, matrices, subsidiarias y asociadas y sus empleados, oficiales, directores, accionistas, agentes, sucesores, auspiciadores, organizadores y los coordinadores de La Actividad de toda reclamación, alegación, acción, causada en ley o equidad, de controversia, acuerdo, contrato, promesa y daño o perjuicio que pudiera tener como consecuencia de cualquier accidente, caída, golpe o eventualidad durante la participación de cualquier evento y/o acto relacionado a La Actividad, que ocasione o pueda ocasionar cualquier daño a mi persona o propiedad, como consecuencia de asistir y participar de La Actividad.

Además, autorizo a First Medical Health Plan Inc. y a la Fundación Huellas de Salud, a la toma y utilización de fotografías, películas y/o grabaciones de voz por tiempo indefinido para su uso en cualquier documento impreso, exhibición y/o campaña comercial. Entiendo y acepto que este acto es uno voluntario y que no recibiré compensación ni regalía alguna por el mismo.

Entiendo que esto capacitado (a) para participar de esta actividad y así hago constar al personal arriba mencionado. Igualmente, certifico que he entrenado mi cuerpo y me siento preparado(a) para completar el recorrido establecido por los coordinadores del evento que no es mayor de 5 kilómetros. Entiendo que la carrera provoca cambios en la frecuencia cardíaca, aumenta la presión, el pulso y la temperatura del cuerpo. También, me han informado que en caso de que sentir efectos de fatiga, mareo, problemas respiratorios o dolor de pecho; debo detenerme para solicitar atención médica.

Afirmo que entiendo y acepto las reglas de esta actividad y me comprometo a cumplirlas.

Reconozco y aseguro que he firmado este Relevo de Responsabilidad, voluntariamente y sin mediar intimidación o coacción alguna. Aseguro que he tenido un tiempo razonable para leer y considera este Relevo de Responsabilidad y acepto su contenido en su totalidad.

\_\_\_\_\_  
Firma de Participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre(s) del/los menor(es) (si aplica)

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Encargado

**Este acuerdo y sus condiciones permanecerán vigentes indefinidamente.**

