**ASUNCIÓN DE RIESGO Y RENUNCIA A RESPONSABILIDAD Y**

**ACUERDO PARA CUMPLIR CON LOS PROTOCOLOS COVID-19**

**Servicios de Psicología, Terapia y Educación Especial**

**Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estudiante(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El nuevo coronavirus (o COVID-19) ha creado una pandemia que resulta en un estado de emergencia en California. COVID-19 es extremadamente contagioso y se cree que se propaga principalmente desde el contacto de persona a persona. Como resultado, los gobiernos federales, estatales y locales y los funcionarios de salud han requerido o recomendado distanciamiento social y, en muchos casos, han prohibido o limitado significativamente la congregación de grupos de personas.

(NOMBRE DE DISTRITO) está cumpliendo con la orientación y tomando medidas razonables para mitigar el riesgo de propagación de COVID-19. Sin embargo, este riesgo no puede eliminarse por completo y (NOMBRE DE DISTRITO) no puede garantizar que usted y/o, si corresponde, su(s) estudiante(s)/hijo(s) no se infecten con COVID-19. Además, participar en la evaluación de (NOMBRE DE DISTRITO) para servicios de psicología, terapia o educación especial podría aumentar su y/o, si corresponde, el riesgo de su(s) estudiante(s)/hijo(s) de contratar COVID-19. En consecuencia, para la seguridad de nuestro personal, estudiantes, padres y otros visitantes, (NOMBRE DE DISTRITO) requiere que todas las personas que participan en las evaluaciones de los estudiantes durante esta pandemia reconozcan una asunción del riesgo, renuncien (es decir, liberación) a la responsabilidad, y acepten cumplir con nuestros protocolos COVID-19, de la siguiente manera:

1. Solicito participar en la(s) evaluación de los estudiantes. Si corresponde, soy el padre y/o tutor legal del(los) estudiante(s) /niño(s) mencionado(s) y solicito que se le permita participar en la evaluación y doy mi permiso para que lo haga.
2. Asunción de riesgo. Al firmar este acuerdo, entiendo y reconozco la naturaleza contagiosa de COVID-19 y asumo voluntariamente el riesgo de que yo y, en su caso, mi(s)/hijo(s) estudiante (s) puedan estar expuestos o infectados por COVID-19 participando en la evaluación, y que dicha exposición o infección pueda resultar en lesiones personales, enfermedad, discapacidad permanente y muerte. Entiendo que el riesgo de quedar expuesto o infectado por COVID-19 participando en la evaluación puede resultar de las acciones, omisiones o negligencia de mí mismo y de otros, incluyendo, pero no limitado a, otros participantes o (NOMBRE DE DISTRITO) funcionarios, empleados, voluntarios y / o representantes. Acepto voluntariamente asumir todos los riesgos anteriores y aceptar la responsabilidad exclusiva por cualquier daño, pérdida, o lesión a mí mismo y/ o, si corresponde, a mi(s) estudiante(s)/hijo(s)(incluyendo, pero no limitado a, lesiones personales, discapacidad y muerte), enfermedad, daño, pérdida, reclamo, responsabilidad o gasto de cualquier tipo, que yo, o, si corresponde, mi(s) estudiante(s)/hijo(s) pueda experimentar o incurrir en relación con la evaluación. ("Reclamaciones").
3. Renuncia de Responsabilidad. En consideración a que el Distrito me permita a mí y/o, si corresponde, a mi(s) estudiante(s)/hijo(s) participar en la evaluación, yo, en nombre mío, y/o, si corresponde, mi(s) estudiante(s)/hijo(s), por la presente liberar, convenio de no demandar, y eximir de responsabilidad al Distrito, y cualquier funcionario, empleado, voluntario y/o representante de los mismos ("Liberaciones"), de y de los Reclamaciones, incluyendo todas las responsabilidades, reclamaciones, acciones, daños, costos o gastos de cualquier tipo que surjan de o se relacionen con los mismos. Entiendo y acepto que esta liberación incluye cualquier Reclamación basada en las acciones, omisiones, o negligencia u otra conducta de (NOMBRE DEL DISTRITO), sus funcionarios, empleados, voluntarios, agentes y / o representantes, si una infección COVID-19 ocurre antes, durante o después de la participación en la evaluación.
4. Acuerdo para cumplir con los Protocolos COVID-19. Acepto que yo, y/o, si corresponde, mi(s) estudiante (s)/hijo(s), no ingresaré a los terrenos o instalaciones del Distrito si soy, y/o se sienten mal, que incluyen, pero no se limitan a, los siguientes síntomas: fiebre, tos, dificultad para respirar, falta para respirar, dolor en el pecho y/o labios o rostros azulados. Entiendo y reconozco que, a mí, o, si corresponde, a mi(s) estudiante(s)/hijo(s), se me puede negar la entrada o la admisión si el Distrito determina que estoy, o él/ellos/son, mostrando tales síntomas. Garantizo y declaro que no estoy al tanto de ninguna condición médica de mí mismo y/ o, si corresponde, de mi(s) estudiante(s)/hijo(s) que haría que fuera inapropiado para mí y/o él/ella participar en la evaluación. Estoy de acuerdo en acatar todas las directrices COVID-19 y otras políticas y procedimientos relacionados con COVID-19, que pueden cambiar con el tiempo a medida que las circunstancias cambian con el tiempo. Esto puede incluir requisitos de lavado de manos y controles de temperatura para mí y, si corresponde, mi(s) estudiante(s)/hijo(s). Estoy de acuerdo en practicar una buena etiqueta de higiene como estornudar en mi codo, utilizar pañuelos de papel, y evitar tocarme los ojos, la nariz y la boca, y, si corresponde, instruir a mi(s) estudiante(s)/hijo(s) que haga lo mismo. Entiendo y reconozco que mi falta de cumplimiento y/o mi falta de asegurar que cualquier estudiante/hijo mío cumpla con este acuerdo puede resultar en mí y/o, si corresponde, mi(s) estudiante(s)/hijo(s) ser removido de la cita de evaluación.

**HE LEÍDO ESTA ASUNCIÓN DE RIESGO Y RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD Y ACUERDO DE CUMPLIR CON (NOMBRE DE DISTRITO)** **PROTOCOLOS COVID-19, COMPRENDER PLENAMENTE SUS CONDICIONES.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del estudiante Fecha

**PARA PARTICIPANTES DE EDAD MINORITARIA (MENORES DE 18 AÑOS EN EL MOMENTO DEL REGISTRO)**

**Esto es para certificar que yo, como padre/tutor, con responsabilidad legal para este participante, he leído y explicado las disposiciones de esta exención/liberación a mi hijo/pupilo, incluidos los riesgos de presencia y participación y sus responsabilidades personales para adherirse a las reglas y regulaciones para la protección contra las enfermedades transmisibles. Además, mi hijo/pupilo entiende y acepta estos riesgos y responsabilidades. Yo, mi cónyuge, y mi hijo/pupilo doy su consentimiento y acepto su liberación proporcionada anteriormente para todos los Liberados, y yo, mi cónyuge y mi hijo/pupilo libero y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a los Liberados por cualquier y todas las responsabilidades incidentes a la presencia de mi hijo menor/pupilo y/o participación en estas actividades según lo dispuesto anteriormente, INCLUSO SI SE DERIVA DE SU NEGLIGENCIA, en la máxima medida provista por la ley.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor Fecha