

DECLARACIÓN DE RENUNCIA Y EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES EN RELACIÓN CON EL COVID-19

Reconozco y concuerdo lo siguiente respecto al nuevo coronavirus (COVID-19):

- La Organización Mundial de la Salud lo ha declarado como pandemia mundial;
- El gobierno federal de los Estados Unidos lo ha declarado como emergencia de salud nacional;
- El Gobernador del Estado de Nevada lo ha declarado como emergencia;
- Los expertos de salud a nivel nacional, incluidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), informan que es extremadamente contagioso;
- No se lo entiende completamente y que el estado del conocimiento médico relacionado con el COVID-19 está en evolución, al igual que las recomendaciones relacionadas con este, por parte de National Institutes of Health (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos) y los CDC;
- Se propaga y contrae de formas que se desconocen; no obstante, actualmente se cree que el COVID-19 se propaga por contagio de persona a persona y por contacto con superficies y objetos contaminados y, posiblemente, a través del aire;
- Según informes, ha infectado a personas que no presentan síntomas y que propagan la enfermedad sin saberlo;
- Puede causar una enfermedad grave y que pone en riesgo la vida, e incluso la muerte; y
- Actualmente no tiene cura conocida o una vacuna eficaz.

En consideración de que se me otorga acceso a Northern Nevada Medical Center (el "Hospital"), por el presente acepto incondicionalmente lo siguiente:

1. Comprendo que, a pesar de que el Hospital ha implementado medidas de precaución en un intento por reducir la propagación del COVID-19, ni este ni su personal/empleados puede evitar que yo (y mis hijos, si corresponde) me exponga, contraiga o propague el COVID-19 mientras utilizo los servicios y las instalaciones del Hospital. También reconozco y comprendo que no es posible evitar la presencia del COVID-19 y que eso es particularmente cierto con respecto al Hospital, ya que es posible que en este se atienda pacientes infectados con COVID-19.
2. Soy consciente de los riesgos asociados con ingresar a un hospital durante la emergencia de salud nacional relacionada con el COVID-19. También estoy al tanto de que, para que se me permita el ingreso al Hospital, primero debo pasar la evaluación de salud correspondiente y usar, en todo momento, equipos de protección personal adecuados, según las instrucciones de los representantes del Hospital, mientras esté dentro del Hospital, que incluyen, entre otras cosas, una mascarilla. Estoy al tanto de que, actualmente, el Hospital tiene, o puede tener, pacientes y otras personas que han dado resultados positivos de COVID-19.
3. Reconozco que soy enteramente responsable de evaluar detenidamente los riesgos inherentes a visitar el Hospital y que he considerado completamente esos riesgos, incluyendo el riesgo de contraer el COVID-19.
4. **Por el presente asumo todo el riesgo de lesiones corporales, enfermedad o muerte incurridos de forma voluntaria o involuntaria por el COVID-19 como resultado, o supuestamente como resultado, de mi presencia en el Hospital.**



Northern Nevada Sierra
MEDICAL CENTER

625 INNOVATION DRIVE
RENO, NEVADA 89511

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN
DE RESPONSABILIDADES PARA COVID**

Página 1 de 2



CO0010

FORM #10-62445 (01/22)

Patient Identification

5. Acepto, en mi nombre, de mis herederos y mis sucesores, eximir, liberar, exonerar, indemnizar y mantener indemne al Hospital de cualquier responsabilidad civil, acciones, causales de acción, demandas, daños, pérdidas, juicios, reclamos y pleitos, en derecho o equidad, incluyendo honorarios y desembolsos legales, que yo o mis herederos, albaceas, administradores, representantes legales, sucesores o cesionarios pudiéramos tener ahora o posteriormente contra el Hospital, sus dueños, funcionarios, empleados, contratistas independientes, agentes, casa matriz, filiales, sucesores y cesionarios (las "Partes eximidas") por cualquier lesión corporal, enfermedad o muerte, asociada o relacionada con contraer el COVID-19 en conexión con estar dentro del Hospital, ya sea que surja por negligencia de las Partes eximidas o por otro motivo.
6. También acepto eximir y renunciar de forma permanente a cualquier derecho de promover una causa contra las Partes eximidas por cualquier lesión corporal, enfermedad o muerte, asociada o relacionada con el COVID-19 que sufra o supuestamente sufra mientras esté adentro del Hospital o como resultado de estar adentro del Hospital.
7. Acepto además que seguiré todas las instrucciones especificadas por los representantes del Hospital mientras me encuentre en el Hospital.
8. Comprendo y acepto que las leyes del Estado de Nevada se aplicarán a esta renuncia.
9. También comprendo y acepto que esta Renuncia y Exención de responsabilidades relacionada con el COVID-19 (Renuncia") contiene la totalidad del acuerdo entre las partes con respecto al asunto objeto de este documento y no se puede cambiar ni terminar por vía oral, sino que solo mediante un instrumento por escrito ejecutado por las partes después de la fecha de esta Renuncia.

HE LEÍDO DETENIDAMENTE ESTA RENUNCIA Y LA COMPRENDO PLENAMENTE. SE ME HA INFORMADO Y COMPRENDO LOS RIESGOS INVOLUCRADOS Y ASUMO DICHS RIESGOS CON CAPACIDAD Y CONOCIMIENTOS SUFICIENTES Y RENUNCIO A MIS DERECHOS COMO SE DESCRIBE ANTES, SIN NINGÚN INCENTIVO, INFLUENCIA O INTERMEDIACIÓN.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

Si corresponde: Nombre del menor de edad en letra de imprenta: _____

Firma del representante autorizado: _____

Fecha: _____



**Northern Nevada Sierra
MEDICAL CENTER**

625 INNOVATION DRIVE
RENO, NEVADA 89511

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y EXENCIÓN
DE RESPONSABILIDADES PARA COVID**

Página 2 de 2



CO0010

FORM #10-62445 (01/22)

Patient Identification