

# Formulario de renuncia a la cláusula COVID



Cada miembro de su grupo deberá completar esta exención para ser admitido en el museo. Los menores deben tener una renuncia completada por un tutor legal; incluso si ese menor es responsable de su grupo. Para que el proceso de registro sea lo más rápido y sencillo posible, recomendamos completar esta exención antes de llegar al museo.

Si olvida o extravía su renuncia, habrá copias impresas disponibles en el mostrador de bienvenida. Si es menor de edad y olvida su renuncia, el personal del museo PUEDE ayudarlo a completar una a través de una llamada telefónica con un tutor legal. Esta asistencia puede requerir que su grupo regrese a su vehículo hasta que todas las otras partes en el intervalo de tiempo se hayan registrado.

## RECONOCIMIENTO, DIVULGACIÓN Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DE EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA COVID-19

Lea y ponga sus iniciales en cada declaración a continuación.

- \_\_\_\_\_ **Entiendo** que la Emergencia de Salud Pública COVID-19 está en curso. Entiendo que COVID-19 es una enfermedad extremadamente contagiosa que puede provocar enfermedades graves y la muerte y que ninguna lista de restricciones, pautas o prácticas eliminará el 100% del riesgo de exposición a COVID-19 ya que el virus puede ser transmitido por personas que son asintomáticos y antes de que algunas personas muestren signos de infección.
- \_\_\_\_\_ **Entiendo** que existe un riesgo inherente de exposición al COVID-19 en cualquier lugar público donde haya personas presentes, que el Museo de los Niños en Holyoke es un lugar donde varios niños y otros están presentes dentro de un espacio confinado, y que el personal del Museo de los Niños en Holyoke no puede garantizar que los clientes se distancien socialmente como lo recomienda el CDC.
- \_\_\_\_\_ **Entiendo** que la naturaleza del Museo de los Niños en Holyoke implica que varias superficies sean tocadas y compartidas por varios niños y adultos y que yo o mi (s) hijo (s) / dependiente (s) podemos tener contacto con una superficie tocada por otros usuarios antes que el personal de el Museo de los Niños en Holyoke puede desinfectar la superficie.
- \_\_\_\_\_ **Entiendo** que al ingresar al Museo de los Niños en Holyoke, yo y mi (s) hijo (s) y / o dependiente (s) asumimos voluntariamente el riesgo de contraer COVID-19.
- \_\_\_\_\_ **Entiendo y acepto** que como condición para ingresar al Museo de los Niños en Holyoke, yo y cualquiera de mis hijos / dependientes de dos (2) años o más tendremos que usar una máscara, usar desinfectante de manos antes de ingresar a las exhibiciones, y tener una temperatura de menos de 100.4 grados Fahrenheit (que será revisada por el personal antes de ingresar a las exhibiciones). Además, entiendo que las únicas excepciones a estos requisitos serán si yo, o mi (s) hijo (s) / dependiente (s), requerimos una adaptación bajo la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades.

Yo, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las disposiciones anteriores. Al firmar a continuación, acepto que yo y mis hijos y / o dependientes asumimos el riesgo de contraer COVID-19 al ingresar al Museo de los Niños en Holyoke. Además, al firmar a continuación, acepto liberar al Museo de los Niños en Holyoke y renunciar a todos y cada uno de esos reclamos, daños, demandas, derechos de acción o causas de acción que resulten o surjan de lesiones personales a mí o a mi hijo (s) / dependiente (s), o debido a la negligencia del Museo de los Niños en Holyoke, en relación con COVID-19. Acepto que las disposiciones y exenciones anteriores se aplican a mis dependientes, si los hubiera, independientemente de si estoy presente. Entiendo que esta es una exención continua y que todas las disposiciones anteriores se aplican cada vez que yo o mis dependientes ingresamos al Museo de los Niños en Holyoke a partir de la fecha a continuación por un período de un año.

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

### Hijo (s) / dependiente (s):

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

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

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