

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD Y CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO MÉDICO

Aceptación voluntaria para participar en cursos de capacitación, talleres, excursiones, excursiones por el día, trabajo de campo o cualquier otra actividad asociada con los proyectos, actividades o programas de Conservation International México A.C. (CIMEX).

1. Entiendo y reconozco que no soy un empleado de CIMEX, que no tengo autoridad para vincular a CIMEX, ni hacer declaraciones a nombre de CIMEX. Acepto voluntariamente firmar este Deslinde de Responsabilidad y Consentimiento al Tratamiento Médico para que rijan las condiciones de mi participación..
2. Entiendo, reconozco y acepto que mi participación puede implicar riesgos y peligros que podrían producir daños o pérdidas de bienes muebles, lesiones personales o la pérdida de la vida. Estos riesgos incluyen, entre otros, viajar a, dentro de y desde zonas rurales y/o remotas, en condiciones difíciles, ya sea por avión, helicóptero, camión, autobús, vehículo de pasajeros, barco u otros modos de transporte; la falta de atención médica adecuada o disponible inmediatamente; fuerzas de la naturaleza, clima impredecible, vida silvestre peligrosa; condiciones políticas inestables y conflictos armados; condiciones insalubres; enfermedades; buceo; escalada de árboles; y peligros que ninguna cantidad de cuidado, precaución o experiencia puede suprimir.
3. Habiendo leído y entendido los términos y condiciones de este Deslinde de Responsabilidad y a cambio de mi participación yo a título propio, de mi cónyuge, mi familia, herederos, albaceas, administradores y representantes legales **POR EL PRESENTE LIBERO, EXIMO Y DESLINDO INCONDICIONAL Y TOTALMENTE** a Conservation International Mexico A.C., sus funcionarios, directores, agentes, afiliados y miembros (colectivamente, las "Partes liberadas"), de cualquier reclamación, responsabilidad, demanda, deuda, controversia o disputa (incluidos los honorarios de abogados y costas procesales), de cualquier tipo o naturaleza, ya sea conforme a la ley o al derecho de equidad, que se produzca directa o indirectamente por, o esté de alguna manera relacionada con mi participación en el evento/programa ya sea debido a la culpa o negligencia de las Partes liberadas, a circunstancias fuera del control de las Partes liberadas o de otra circunstancia. Entiendo y acepto que las Partes liberadas no han asumido expresa ni implícitamente ningún deber u obligación hacia mí o asociado con mi participación en el evento/programa.
3. **ASUMO EXPRESA Y VOLUNTARIAMENTE TODO RIESGO** que surja de o sea incidental, relacionado con, resultado directo o indirecto de, o esté de cualquier manera relacionado con mi participación en el programa ya sea debido a la culpa o negligencia de las Partes liberadas, a circunstancias fuera del control de las Partes liberadas, o de otras circunstancias, e incluyendo, de forma enunciativa mas no limitativa, mis propias actividades antes, durante y/o después del evento que no formen parte del actividad/programa.
4. Asimismo, libero a las Partes liberadas y a todos los demás funcionarios o personal profesional de cualquier reclamación, responsabilidad, demanda, deuda, controversia o disputa (incluidos los honorarios de abogados y costas procesales), de cualquier tipo o naturaleza, ya sea conforme a la ley o al derecho de equidad, debido a los primeros auxilios, tratamientos médicos u otros servicios relacionados con la

salud que se me hayan prestado durante mi participación, y asumiré toda la responsabilidad por el pago de dichos auxilios, tratamientos médicos u otros servicios prestados.

5. Acepto indemnizar a las Partes liberadas de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo, incluidos los honorarios de abogados y costas procesales en que pudieran incurrirse debido a, de forma incidental a, relacionados con, como resultado directo o indirecto de, o de cualquier manera relacionados con mi participación.
6. Entiendo y acepto que, salvo que CI acuerde lo contrario por escrito, las Partes liberadas no proporcionan, tienen ni mantienen seguro médico o cobertura de seguro para reclamos relacionados con lesiones personales, fallecimientos, daños a la propiedad y/o daños económicos que cubran mi participación. Se espera que obtenga y se me ha alentado a obtener mi propia cobertura en materia de salud, medicina, viajes, discapacidad u otros seguros que me cubran contra los riesgos y peligros que asumo.
7. En el caso de que mi participación implique actividades de buceo y yo decida participar en tales actividades de buceo, por este medio declaro y garantizo:
 - que soy un buceador certificado capacitado en prácticas de buceo seguro, ante la organización y proporcionaré a los organizadores el número de certificado correspondiente;
 - que soy consciente de los riesgos inherentes a este deporte y acepto estos riesgos;
 - que al momento de bucear, yo (i) estaré en buena condición mental y física para el buceo; (ii) no estaré bajo la influencia del alcohol ni de ningún fármaco que esté contraindicado para el buceo; y (iii) si tomo medicamentos, habré visto a un médico y obtenido la aprobación para bucear mientras esté bajo la influencia de cualquier medicamento/fármaco;

- que soy consciente de los peligros de retener la respiración mientras buceo y no responsabilizaré a las Partes liberadas si me lesiono al hacerlo;
- que voy a bucear con un acompañante y que será mi responsabilidad y la de mi acompañante el planificar nuestra inmersión con base en mis limitaciones de buceo y las de mi acompañante y las condiciones marítimas prevalecientes; no responsabilizaré a las Partes liberadas de mi omisión de planificar mi inmersión de forma segura;
- que inspeccionaré cuidadosamente todo mi equipo antes de la actividad y notificaré a las Partes liberadas si alguno de mis equipos no funciona correctamente; no responsabilizaré a las Partes liberadas de mi falta de inspección de dicho equipo antes de bucear;
- que estoy físicamente en condiciones de bucear y no responsabilizaré a las Partes liberadas si me lesiono como resultado de problemas cardíacos, pulmonares, auditivos o circulatorios, o por otras afecciones que se produzcan durante el buceo;
- que entiendo que a pesar de que se sigan todas las prácticas de buceo apropiadas, todavía existe cierto riesgo de que sufra síndrome de descompresión, embolia u otras lesiones hiperbáricas, y asumo expresamente el riesgo de dichas lesiones;
- que asumo expresamente el riesgo y acepto toda responsabilidad de planificar mi inmersión y bucear conforme a mi plan;
- que entiendo que el buceo es una actividad físicamente extenuante y que me esforzaré durante las excursiones de buceo y que si me lesiono como resultado de, entre otras cosas, infarto, pánico, hiperventilación, etc., asumo expresamente el riesgo de dichas lesiones y que no haré responsables a las Partes liberadas de las mismas;
- que entiendo que los viajes de buceo se llevarán a cabo en sitios remotos en aguas abiertas y que no habrá atención médica inmediata o atención hiperbárica disponible

- para mí, y asumo expresamente el riesgo de bucear en lugares tan remotos;
- que he obtenido un seguro de buceo adecuado;
 - que acataré todas las disposiciones aplicables del Manual de Seguridad de Buceo de CI (una copia de la cual se ha puesto a mi disposición, y cuyo recibo acuso por este medio) y cualquier recomendación de la Junta de Control de Buceo, y que tomaré todas las medidas para asegurarme de seguir todas las recomendaciones y requisitos para asegurar que no crearé ningún riesgo para mí o los empleados, directores, consultores, agentes o representantes de CI.
 - Cada buceador debe sentirse cómodo con la inmersión, en términos de su propia capacidad, el equipo que se utiliza, las condiciones de buceo y la capacidad de otros buceadores, y solo deben entrar en el agua si están completamente satisfechos con el plan de buceo. La negativa a bucear no pondrá en peligro en modo alguno a la reputación o relación de la persona con CI.
8. El presente Descargo y Deslinde de Responsabilidad contiene el acuerdo completo entre las partes con respecto a los asuntos a los que se hace referencia en el presente; todas las comunicaciones orales y escritas anteriores con respecto a los asuntos a los que se hace referencia en este Descargo y Renuncia de Responsabilidad se integran a este documento.
9. Este Descargo y Deslinde de Responsabilidad no puede ser modificado o cambiado oralmente, sino únicamente mediante un acuerdo por escrito firmado por las partes del presente.
10. El desempeño, interpretación y cumplimiento de este Descargo y Deslinde de Responsabilidad se regirán por las leyes de la Ciudad de México. Acepto que cualquier disputa, controversia o reclamo que surja de o esté relacionado con el presente Descargo y Deslinde se resolverá en proceso civil contencioso ante el Tribunales que dada su competencia y jurisdicción deban conocer el asunto. En el supuesto de que la controversia verse sobre el tratamiento médico al que puede estar sujeto el firmante, en caso de que ocurra alguno de los supuestos antes mencionados, será resuelto mediante Laudo Arbitral de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
11. En caso de que cualquier disposición (o alguna parte de cualquier disposición) contenida en este Descargo y Deslinde de Responsabilidad se declarase por cualquier motivo inválida, ilegal o inaplicable en cualquier aspecto, dicha invalidez, ilegalidad o inaplicabilidad no afectará a ninguna otra disposición (o a la parte restante de la disposición afectada) de este Descargo y Deslinde de Responsabilidad, el cual se interpretará como si dicha disposición inválida, ilegal o inaplicable (o parte de ella) nunca hubiera sido contenida en el presente documento sino únicamente en la medida en que sea inválida, ilegal o exigible.
12. He sido advertido total y completamente de los posibles peligros relativos la participación. He leído atentamente el Descargo y Deslinde de Responsabilidad que antecede, soy plenamente consciente de las consecuencias legales de aceptarlo bajo por mi propia voluntad.

Este acuerdo de exención de responsabilidades y tratamiento médico, estará publicado en la página web <https://www.conservation.org/mexico> y cualquier persona o institución que interactúe de cualquier manera con la organización, acepta expresa y tácitamente su contenido y alcance.

Permiso para tratamiento médico de emergencia

Por este medio otorgo a Conservation International México A.C. ("CIMEX") permiso para autorizar el tratamiento médico en mi nombre, incluido, entre otros, la administración de antibióticos, anestesia y otros medicamentos, transfusiones o productos sanguíneos, procedimientos quirúrgicos para salvar vidas y otros procedimientos necesarios, así como hospitalización, en caso de que yo no pueda, por cualquier motivo, autorizar o aprobar dicho tratamiento en mi nombre. Además, acepto indemnizar y eximir a CI de cualquier acción legal que surja de, sea incidental a, esté relacionada con, sea resultante directa o indirectamente de, o que derive de cualquier tratamiento médico de emergencia. Estoy de acuerdo en que CI no tiene ningún deber, obligación o responsabilidad de autorizar o buscar tratamiento médico a mi nombre. El Descargo y Deslinde de Responsabilidad que he suscrito en relación con mi participación en evento/programa se incorpora por referencia al presente documento.