

## Acuerdo de renuncia de responsabilidad

Como participante de esta clase, el abajo firmante acepta eximir y liberar de toda responsabilidad a AgeOptions y a las organizaciones afiliadas a Illinois Pathways to Health, sus directores, funcionarios, empleados y agentes ante cualquier pérdida, responsabilidad, lesión, costo o daño en que puedan incurrir como resultado de la participación en dicha clase.

Además, al firmar a continuación, el abajo firmante acepta:

- Que la información suministrada en la clase no reemplaza el consejo de los profesionales médicos;
- Resolver sus inquietudes con el prestador de servicios médicos del abajo firmante si este cree que la información de la clase entra en conflicto con la asesoría del prestador de servicios médicos del abajo firmante;
- Que se ha informado al abajo firmante que las sesiones pueden incluir ejercicios leves a moderados, como ejercicios de estiramiento, equilibrio y rango de movimiento; • Que el abajo firmante asume toda la responsabilidad y el riesgo de sufrir lesiones físicas, la muerte o daños materiales debido a negligencia, debido a otras personas o de alguna otra manera al participar en cualquier clase afiliada a Illinois Pathways to Health by AgeOptions; y
- Trabajar dentro de su propia zona de confort y acepta dejar de participar si siente dolor o incomodidad, en cuyo caso informará a los instructores de la clase sobre su estado o inquietudes.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Nombre del programa: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor (por ejemplo, Organización. Biblioteca): \_\_\_\_\_

Nombre del lugar: \_\_\_\_\_

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