**Nombre del estudio**_____

# Liberación de responsabilidad

## Sobre ti

**Tu nombre**
**Nombre**

**Apellido**

**Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)**

**Correo electrónico**

**Teléfono**

**Actividad**

## Riesgos y reglas

**Lee y pon tus iniciales**
Entiendo que esta actividad tiene riesgos, como caídas, choques y lesiones, y que pueden pasar aunque todos sigan las reglas.

**Iniciales**

**Lee y pon tus iniciales**
Seguiré las instrucciones del personal y las reglas publicadas, y me detendré si el personal me lo pide.

**Iniciales**

**Lee y pon tus iniciales**
No estoy bajo la influencia del alcohol ni de drogas, y le informé al personal sobre cualquier condición que afecte mi seguridad.

**Iniciales**

**Lee y pon tus iniciales**
Libero al negocio y a su personal de reclamos por lesiones que resulten de los riesgos normales de esta actividad, en la medida que lo permita la ley de este estado.

**Iniciales**

## Contacto de emergencia y fotos

**Contacto de emergencia**

**Fotos tuyas**

## Firma

*el estudio usa tus respuestas de salud solo para hacer tu cita de forma segura y para guardar los registros que pide la ley. Nunca se usan para publicidad ni se venden. Se guardan cifradas, y cada vez que alguien del estudio las abre queda registrado.*

**Tu firma**

**Fecha**

**Nombre en letra de molde**