

## ACUERDO DE EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

The Community Builders, Inc.(TCB) está afiliado al propietario de esta comunidad. Su meta es proveer los servicios que necesiten los residentes para desarrollar y mantener un estilo de vida estable, productivo y autosuficiente.

A la luz de los beneficios potenciales de la vacunación contra el COVID-19 para la salud pública, TCB ha acordado permitir que proveedores externos de servicios de salud ("Los Proveedores"), incluyendo CVS aunque no de manera exclusiva, organicen Clínicas de Vacunación contra el COVID-19 en locales de TCB. La vacunación será voluntaria y las vacunas usadas serán aprobadas por la Administración de Alimentos y Fármacos (FDA) bajo una Autorización de Emergencia o una Aplicación de Licencia para Tratamientos Biológicos.

Los Proveedores han proporcionado a TCB materiales e información sobre las vacunas que ofrecerán y TCB los ha entregado a los residentes. TCB no proveerá servicios ni consejos médicos. Los proveedores proveerán todos los servicios médicos relacionados con las Clínicas de Vacunación, incluyendo la administración de cualquier vacuna.

Por favor lea y complete el siguiente formulario:

En nombre propio y el de mis hijos menores nombrados más abajo, yo, \_\_\_\_\_ ("El Participante"), a sabiendas y voluntariamente, mediante la presente exonero al dueño de la comunidad donde resido, a The Community Builders, Inc. ("TCB"), al agente que administra la propiedad para el propietario (si es diferente de TCB) y a sus respectivos empleados, agentes, socios, miembros, afiliados, representantes, sucesores, y cesionarios, de toda responsabilidad, pérdida, daño, costos, demandas, y/o causas de acción que resultasen de la participación del Participante en las Clínicas de Vacunación ofrecidas en la Propiedad (incluso, sin limitaciones, cualquier programa y servicio ofrecido en un sitio externo relacionado con la Propiedad y cualquier transporte relacionado) incluyendo, sin limitación, cualquiera y toda responsabilidad, pérdida, daño, costos, demandas, y/o causas de acción relacionado con el COVID-19, la transmisión del COVID-19 o la administración de cualquier vacuna contra el COVID-19 aprobada por la Administración de Alimentos y Fármacos bajo una Autorización de Emergencia o una Aplicación de Licencia para Tratamientos Biológicos.

\*\*El Participante entiende además que, aún cuando TCB haya implementado algunas medidas para ayudar a minimizar el riesgo de contagio por el COVID-19 al seguir en lo posible las recomendaciones tanto del CDC como estatales y locales, sigue habiendo un riesgo de contraer el virus al participar en persona en programas y servicios. El Participante entiende que la pandemia de COVID-19 presenta riesgos y peligros únicos para la salud y seguridad, conocidos y sin conocer, inherentes y adquiridos, los cuales no pueden ser eliminados y que pueden causarle al Participante, a los miembros de su familia y a terceras partes, lesiones, enfermedad, parálisis o muerte.

Entiendo que la participación en las Clínicas de Vacunación es voluntaria. Entiendo que TCB necesitará recoger cierta información requerida por los Proveedores y que mi información no será utilizada ni divulgada con ningún propósito ni a ninguna tercera parte que no esté relacionada con las Clínicas de Vacunación, y sólo se divulgará la información necesaria para proveer las Clínicas de Vacunación.

Entiendo que ninguna de las partes arriba mencionadas provee cobertura de seguro médico en conexión con las Clínicas de Vacunación. En el evento de que me lesione o me enferme cuando participe en una Clínica de Vacunación, autorizo al propietario, gerente de la propiedad o el administrador del programa a coordinar el transporte a la sala de emergencia más cercana para que me den tratamiento médico. Acepto mi responsabilidad para cualquier gasto necesario incurrido en el tratamiento médico que no sea cubierto por mi seguro médico.

Yo, el/la abajo firmante, declaro que tengo 18 años o más y que doy mi consentimiento voluntariamente como condición de mi participación en las Clínicas de Vacunación que me sean provistas.

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

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

Soy el padre/la madre o representante legal de cada niño/a en la siguiente lista, y por la presente firmo esta exoneración en su(s) nombre(s) y en nombre propio.

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Last Updated January 2021*