

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA
ACUERDO DE LIBERACIÓN Y EXONERACIÓN DE TODA RESPONSABILIDAD

La Ley del Buen Samaritano del Estado de Nueva York (Sección 3000-a de la Ley de Salud Pública) protege a los programas de cuidado diurno que han designado a una o más personas, quienes han completado la capacitación de autoinyectores de epinefrina, de responsabilidad cuando administran un tratamiento que salva vidas en una emergencia, a menos que se haya causado lesiones o la muerte por negligencia o mala conducta intencional de las personas sin licencia que respondieron a la emergencia.

La Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (OCFS), la División de Servicios de Cuidado Infantil y sus empleados y voluntarios no pueden garantizar que los autoinyectores de epinefrina estén libres de defectos de fabricación. Cualquier reclamo contra defectos del fabricante estará sujeto y limitado por la garantía del fabricante y otros recursos contra el fabricante o proveedor disponibles bajo el Código Comercial Uniforme.

A cambio del recibo de un paquete que contiene dos autoinyectores de epinefrina y un bolígrafo de entrenamiento por programa, del cual se acusa recibo, y al firmar este acuerdo, el abajo firmante acepta hacer lo siguiente:

- Asegurarse de que al menos un miembro del personal haya completado la capacitación sobre autoinyectores de epinefrina;
- Lea el manual y siga todas las instrucciones incluidas con el producto;
- No venda ni redistribuya el autoinyector de epinefrina mencionado anteriormente.

Al aceptar este autoinyector de epinefrina, acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a los funcionarios, empleados, agentes y agencias asociadas, incluida la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York, de todas y cada una de las responsabilidades y daños por lesiones, incluida la muerte derivada del autoinyector de epinefrina en sí, los medios y la forma de administración, y cualquier otro acto u omisión que pueda resultar en daño a una persona o propiedad que involucre el uso del autoinyector de epinefrina provisto bajo este acuerdo.

Nombre/Función en el Programa-Letra de Imprenta:		
Firma:	Fecha: / /	
Nombre del Programa:		
No. de ID del Centro:		
Modalidad (Marque uno.):		
<input type="checkbox"/> Cuidado Diurno Familiar		
<input type="checkbox"/> Cuidado Diurno Familiar Grupal		
<input type="checkbox"/> Centro de Cuidado Diurno		
<input type="checkbox"/> Centro Pequeño de Cuidado Infantil		
<input type="checkbox"/> Programa de Cuidado de Niños en Edad Escolar		
Dirección de Envío		
Número de Calle:	Nombre de Calle:	
No. de Piso/Apartamento:	Ciudad:	Código Postal:
Teléfono: () -		Email: