

DESAFIO ISCHIGUALASTO DESLINDE Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD CIVIL - FICHA MÉDICA LA INFORMACION CONSIGNADA REVISTE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA 12/10/19

NOMBRE: Y APELLIDO _____
 FEC. NAC: ____/____/____ DNI: _____ TEL: _____
 GRUPO SANGUINEO: _____ EMAIL: _____

Nº EQUIPO

PARTICIPACION VOLUNTARIA: yo declaro plenamente que voluntariamente me inscribo para participar en las actividades mencionadas en la correspondiente carrera. Que he leído la descripción provista por la organización de Desafío Ischigualasto, junto con toda la información referida a la misma. Y que voluntariamente participo de esta actividad teniendo el absoluto conocimiento de los riesgos que esta implica.

ASUNCION DE RIESGO: yo estoy advertido, que correr carreras de este tipo, implica una actividad de riesgo, de enfermedad, heridas o muerte que pueden ser causadas por razones de fuerza mayor y ajena a la organización y sus empleados. Declaro estar sano/a gozando de plena salud física, mental y estar debidamente entrenado/a para participar de esta actividad.

Yo tengo conocimiento que los servicios médicos o de primeros auxilios pueden no estar disponibles inmediatamente debido a las distancias del circuito de carrera, por lo cual me comprometo a cumplir con la condición de incluir dentro de los elementos que transportaré durante toda la carrera, el botiquín básico. Yo por la presente acepto y asumo la total responsabilidad por cualquier y todos los riesgos de enfermedad, herida o muerte (no por descuidada, premeditada o fraudulenta conducta) que pudiesen ocurrir en el desarrollo de la actividad.

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD CIVIL: mediante la consideración de ser permitido por la organización a participar de sus actividades de carreras de aventura y sus servicios, yo aquí acuerdo que: ni yo, ni ninguno de mis herederos, representantes personales o legales, miembros de mi familia tomaran acciones legales o reclamos ya sea por enfermedad, heridas o muerte resultando del desarrollo de las actividades de la organización ni de cualquiera de sus empleados y directores, (ni tampoco el proveedor de servicios o equipo que deberé usar en las actividades) como resultado de mi participación en las actividades contratadas. Yo aquí mismo libero a la organización, sus empleados, directores, contratistas y a toda su organización asociadas de y contra toda responsabilidad legal, con mi participación en esta actividad, incluyendo cualquier responsabilidad legal por negligencia (pero no por conducta descuidada, premeditada o fraudulenta)

EJECUCION VOLUNTARIA Y COMPRENDIDA: yo he leído muy cuidadosamente y he comprendido completamente sus contenidos. He leído y aceptado el reglamento publicado en la página web oficial www.desafioischigualasto.com. Yo estoy advertido que esto es un deslinde de responsabilidad y un contrato entre mi persona y la organización y/o sus organizadores y firmo bajo mi absoluta y propia voluntad. Certifico esta declaración mediante la colocación de mi firma:

FIRMA DEL TITULAR: _____ ACLARACION: _____

SI ES MENOR: Nosotros como padre y madre o tutor de: _____

Damos aquí nuestro permiso a nuestro hijo/a menor o custodio/a a participar en esta actividad y acordamos absolutamente, tanto individualmente como en defensa de mi hijo/a o custodio/a con todos los términos mencionados más arriba. Dejamos constancia que el guía responsable de la actividad está autorizado a solicitar cualquier información y tratamiento médico que sea favorable, incluyendo anestésicos, inoculación o intervenciones quirúrgicas, si nuestra autorización directa no pudiese ser obtenida a tiempo.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____ ACLARACION: _____

DNI: _____

FICHA MÉDICA:

	Si / No	MEDICACION	ULTIMO CHEQUEO
¿HIPERTENSO?			___/___/___
¿PROBLEMAS CARDIOLÓGICOS?			___/___/___
¿FUMA?			___/___/___
PERDIDA DE CONOCIMIENTO			___/___/___
¿ES DIABÉTICO?			___/___/___
¿ES ALERGICO?			___/___/___

¿ESTÁ BAJO ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO MÉDICO? ¿CUAL? _____

¿TOMA MEDICAMENTOS? _____ ¿OBRA SOCIAL? _____

FECHA ULTIMO ELECTROCARDIOGRAMA: ____/____/____

TEL. EN CASO DE EMERGENCIA: _____ PERSONA DE CONTACTO: _____