



FICHA DE INSCRIPCIÓN A SALIDAS Y CURSOS DEL CLUB ALEMÁN ANDINO

Nombre			<p style="text-align: center;">Declaración de Cumplimiento de las Normas Básicas del Club</p> <p>1.- Estoy preparado técnica, física y mentalmente y mi estado de salud es compatible con las actividades que ejerza.</p> <p>2.- Informaré oportunamente los cambios a mi historia médica y los problemas de salud, físicos o mentales que experimente.</p> <p>3.- No estaré bajo la influencia de alcohol, drogas o medicamentos.</p> <p>4.- Acataré todas las decisiones e instrucciones de organizadores o guías.</p> <p>5.- He leído, comprendido y acepto todas las Condiciones Generales de la Actividad, publicadas en www.dav.cl.</p> <p>6.- Seguiré un sistema de cuidado mutuo en las actividades que se realicen.</p> <p>7.- Seguiré las rutas establecidas para la expedición. No tomaré rutas alternativas.</p> <p>8.- Llevaré el equipo que los guías establezcan como necesario.</p> <p>9.- Participaré con un espíritu de colaboración, trabajo en equipo y disposición positiva a la adversidad.</p> <p>10.- Será mi responsabilidad comunicarme adecuadamente con guías y participantes.</p> <p>11.- Preservaré y no dañaré o alteraré cualquier material arqueológico, de flora y fauna u otros que se encuentren.</p> <p>12.- Traeré de vuelta toda mi basura y utilizaré las técnicas de mínimo impacto ambiental que los guías le recomienden.</p> <p>13.- Conozco las condiciones generales de las actividades de montaña y las recomendaciones de seguridad.</p> <p>14.- Eventuales accidentes u otros eventos desfavorables que pudiera experimentar son de mi propia responsabilidad.</p> <p>Si tiene algún requerimiento especial de cualquier tipo, por favor méncionelo aquí:</p> <hr style="width: 80%; margin-left: 0;"/>
RUT o Pasaporte			
Edad y Fecha de Nacimiento			
Teléfono de Contacto			
Correo Electrónico			
Tipo de Sangre			
Seguro Médico			
En caso de emergencia contactar con: (nombre de la persona y teléfono, fijo y celular)			
Historia Médica			
Indique las siguientes condiciones actuales o que ha sufrido en su salud (SI o NO). (Esta información se mantendrá confidencial)			
1. Estoy actualmente tomando medicamentos	SI	No	
2. Tengo un historial de problemas respiratorios	SI	No	
3. Soy diabético (a)	SI	No	
4. Tengo desmayos y pérdidas de conciencia	SI	No	
5. Tengo un historial de problemas cardíacos	SI	No	
6. Recientemente me han operado	SI	No	
7. Tengo problemas a las rodillas y tobillos	SI	No	
8. Estoy actualmente embarazada	SI	No	
9. He padecido asma, tuberculosis o similares	SI	No	
10. Tengo vértigo	SI	No	
11. Fumo más de un cigarro al día	SI	No	
12. Sé nadar	SI	No	
13. Soy muy nervioso /tengo problemas nerviosos	SI	No	
14. Frecuentemente tengo dolores de cabeza	SI	No	
15. He tenido lesiones a la espalda y cabeza	SI	No	
16. Padezco de alta presión arterial	SI	No	
17. Normalmente tengo baja presión arterial	SI	No	
18. Tengo o he tenido hernias	SI	No	
19. Tengo problemas de coagulación	SI	No	
20. Tengo alergias severas	SI	No	
En caso que alguna respuesta sea SI o de tener que declarar otra enfermedad o padecimiento, por favor entregue más información en este espacio:			
<hr/> <hr/>			

Conocimiento de Riesgo y Asunción de Responsabilidad (Lea cuidadosamente antes de firmar)

Al inscribirme y bajo mi firma, declaro que **i)** soy mayor de edad o tengo la autorización de mis padres o apoderados, si es necesario para poder participar de las actividades; **ii)** soy consciente de mi estado de salud mental y física; estoy física, mental y técnicamente preparado y soy plenamente capaz de participar en estas actividades; **iii)** conozco y entiendo que las actividades organizadas por **El Club Alemán Andino, DAV**, pueden presentar riesgos para mí o terceras personas y conozco la envergadura, naturaleza y alcance de los mismos, incluso de muerte; **iv)** entiendo y reconozco que los riesgos y/o peligros inherentes a este deporte no están limitados a los descritos en este documento; **v)** me comprometo a responder por los daños o lesiones que yo ocasione a otras personas así como a equipos e instalaciones; **vi)** en caso de accidente o enfermedad, autorizo que se me proporcione la asistencia médica y/o quirúrgica necesaria, acepto los tratamientos que se considere necesario administrarme, consiento que se me movilice y asumo cancelar todos los costos de movilización, médicos y hospitalarios que se generen para mi recuperación; **vii)** sabiendo de estos riesgos, peligros y rigores, acepto que eventuales accidentes u otros eventos desfavorables que pudiera experimentar son de mi exclusiva responsabilidad; **vi)** eximo libre y voluntariamente de toda responsabilidad hacia mi persona y mis bienes al DAV, a los organizadores, los guías, los lugares donde se realiza la actividad y las terceras personas involucradas directa o indirectamente en la organización.

En consecuencia, yo acepto que ni yo ni ninguno de mis familiares, amigos, conocidos o representantes legales iniciará peticiones, demandas o acciones judiciales en contra de **El Club Alemán Andino**, sus organizadores o guías, por algún tipo de daño resultante de mi participación en las actividades. Certifico que esta declaración, asunción de responsabilidad y exoneración es válida para todas las ocasiones en que participe en actividades del **Club Alemán Andino, DAV**.

Fecha:

FIRMA y C.I.