

DECLARACIÓN MÉDICA

Fecha: _____

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Email: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____

Declaro por este medio que desligo a EQUIPOS DE ALTURA CR LIMITADA, a sus empleados y a cualquier persona que se encuentre dentro del evento Petzl RopeTrip® Serie Latinoamérica Costa Rica 2025 de cualquier responsabilidad, reclamo, demanda, acciones o causas de acción, que surjan o tengan relación con cualquier pérdida, daño o lesión incluyendo la muerte que pueda ser sostenida por el abajo firmante durante las prácticas de actividades verticales dentro o fuera del evento Petzl RopeTrip® Serie Latinoamérica Costa Rica 2025.

Principales contraindicaciones para actividades en altura:

• Enfermedades del corazón.	• Miedo a la altura / vértigo.	• Alcoholismo o dependencia de drogas.
• Presión arterial alta.	• Mareo / dificultad con el equilibrio.	• Enfermedades psiquiátricas.
• Epilepsia, convulsiones, desmayos.	• Dificultad motriz.	• Diabetes.

"Según mi conocimiento y de buena fé declaro que no sufro de ninguna enfermedad mental o física, incluyendo los mencionados anteriormente, que pudiera interferir con mi habilidad para el desarrollo de las actividades en altura de manera satisfactoria o poner a mi persona o a otros en riesgo. Al mismo tiempo asumo la responsabilidad de cumplir con estos requisitos el día de la actividad y en caso contrario, acepto ser excluido de la misma sin derecho a reclamo o devoluciones".

“Entiendo que el personal responsable de la instrucción/actividad, tiene pleno derecho para exigir certificado médico, así como este formato, debidamente firmado, si lo considera importante, antes o durante la actividad y acato la autoridad del personal para expulsarme o excluirme de la competencia si mis condiciones físicas y/o mentales son consideradas inapropiadas para la actividad”

El abajo firmante, en completo conocimiento de los riesgos y peligros inherentes en las áreas o participando en los eventos antes citados, da su aprobación para la participación a sabiendas de estos peligros.

En testimonio de fe, que la persona aquí registrada declara haber entendido lo anteriormente descrito y añade la firma en forma voluntaria.

Tipo de sangre: _____

¿Padezco alguna u otra enfermedad o lesión de las arriba mencionadas?

SI ☐ NO ☐

¿Cuáles? _____

¿He tenido alguna cirugía en los últimos 6 meses? SI ☐ NO ☐

¿Cuáles? _____

Contacto de Emergencia:

Nombre y Apellidos: _____

Email: _____ Teléfono: _____

Parentesco: _____

Nombre y Firma del Participante