

CENTRO DEPORTIVO UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
Consulta y Actualización de Ficha Médica de Inscripción

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con número de identificación _____ de _____ en calidad de USUARIO Y/O ACUDIENTE del menor _____ identificado con Tarjeta de Identidad No. _____ de _____ me (nos) comprometo (emos) a atender las recomendaciones del equipo asesor y las siguientes observaciones:

1. Que la información que se diligenció en la Ficha Medica de Inscripción (<http://www.e-encuesta.com/answer?testId=efaHkjinMk8>) o en físico es veraz y que toda omisión de parte del usuario puede constituir un atentado contra su integridad personal, exonerando desde ya de toda responsabilidad a la Universidad de los Andes. Que de comprobarse inadecuado comportamiento en el diligenciamiento de la misma, se autoriza a la Universidad a retirar los beneficios a disfrutar el derecho otorgado.
2. Que se ha recibido la suficiente información sobre los beneficios y la naturaleza de los procedimientos, así como de los riesgos ocasionados por incumplimientos de las recomendaciones del equipo interdisciplinario (médico, instructores, profesores y entrenadores).
3. Que el médico y el equipo interdisciplinario de instructores, profesores y entrenadores, previa evaluación de la Ficha Medica de Inscripción y/o consulta médica, sin advertencia de ningún antecedente que haga desaconsejable la práctica de ejercicio, actividad física y deporte, manifiesta que las practicas autorizadas son las más apropiadas dentro de las posibles alternativas de acuerdo con las condiciones del usuario.
4. Otorgar consentimiento informado para que sean practicados de ser necesario y de manera concertada, procedimientos médicos, invasivos o no, relacionados con la evaluación y seguimiento del estado de salud para la prescripción médica de programas de ejercicio, actividad física y deporte, orientados por Médico Especialista en Medicina del Deporte.
5. Otorgar consentimiento informado para que sean practicados de ser necesario, procedimientos médicos, invasivos o no, relacionados con el tratamiento de eventos médicos de urgencia orientados por Médico Especialista en Medicina del Deporte.
6. Que se han satisfecho todos los interrogantes, por lo que se libera de toda responsabilidad a la Universidad de los Andes, por las consecuencias derivadas de negligencia, imprudencia, impericia, desacato u omisión por parte del usuario hacia las recomendaciones del equipo asesor, así como aquellas consecuencias propias de imprevistos y azar.

La Universidad de los Andes está comprometida con el tratamiento leal, lícito y seguro de sus datos personales. Por favor consulte nuestra Política de Tratamiento de Información.

Firma _____ Fecha _____
