



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD INMERSIÓN GLACIAR

YO, _____

DOCUMENTO/PASAPORTE Nº _____

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

1. HE LEÍDO Y COMPRENDIDO COMPLETAMENTE EL REGLAMENTO OFICIAL DE LA ACTIVIDAD.
2. COMPRENDO QUE LA ACTIVIDAD INCLUYE EXPOSICIÓN AL FRÍO EXTREMO, INMERSIÓN EN AGUAS FRÍAS, CAMINATAS AL AIRE LIBRE, EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y ACTIVIDADES FÍSICAS EN AMBIENTE NATURAL.
3. COMPRENDO QUE TODA ACTIVIDAD DE ESTE TIPO IMPLICA RIESGOS INHERENTES QUE PUEDEN INCLUIR:
 - HIPOTERMIA.
 - MAREOS.
 - FATIGA.
 - ESTRÉS FISIOLÓGICO.
 - LESIONES ACCIDENTALES.
 - EVENTOS MÉDICOS IMPREVISIBLES.
1. DECLARO QUE MI ESTADO DE SALUD ES COMPATIBLE CON LA ACTIVIDAD.
2. DECLARO QUE NO PADEZCO ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES GRAVES, EPILEPSIA NO CONTROLADA, EMBARAZO U OTRAS CONDICIONES INCOMPATIBLES CON LA ACTIVIDAD.
3. HE INFORMADO DE MANERA VERAZ CUALQUIER ANTECEDENTE MÉDICO RELEVANTE.
4. ACEPTO CUMPLIR TODAS LAS INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR LA ORGANIZACIÓN, MÉDICOS E INSTRUCTORES.



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD INMERSIÓN GLACIAR

5. DECLARO QUE NO PADEZCO ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES GRAVES, EPILEPSIA NO CONTROLADA, EMBARAZO U OTRAS CONDICIONES INCOMPATIBLES CON LA ACTIVIDAD.

6. HE INFORMADO DE MANERA VERAZ CUALQUIER ANTECEDENTE MÉDICO RELEVANTE.

7. ACEPTO CUMPLIR TODAS LAS INSTRUCCIONES IMPARTIDAS POR LA ORGANIZACIÓN, MÉDICOS E INSTRUCTORES.

8. COMPRENDIENDO QUE LA ORGANIZACIÓN PODRÁ IMPEDIR MI PARTICIPACIÓN O RETIRARME DE LA ACTIVIDAD SI CONSIDERA QUE EXISTE RIESGO PARA MI INTEGRIDAD FÍSICA O LA DE TERCEROS.

9. EXIMO DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL, ADMINISTRATIVA Y PENAL A:

- ASOCIACIÓN ARGENTINA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DEL DEPORTE
- WINTER SWIMMING WORLD CUP.
- PARQUE NACIONAL LOS GLACIARES.
- INSTRUCTORES.
- MÉDICOS.
- VOLUNTARIOS.
- PATROCINADORES.
- ORGANISMOS COLABORADORES.

POR CUALQUIER LESIÓN, ENFERMEDAD, ACCIDENTE O SITUACIÓN DERIVADA DE INFORMACIÓN MÉDICA INCORRECTA, INCUMPLIMIENTO DE INSTRUCCIONES O RIESGOS INHERENTES A LA ACTIVIDAD.



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD INMERSIÓN GLACIAR

10. AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS, VIDEOS, IMÁGENES Y REGISTROS AUDIOVISUALES OBTENIDOS DURANTE LA EXPERIENCIA PARA FINES PROMOCIONALES, EDUCATIVOS E INSTITUCIONALES SIN LIMITACIÓN TERRITORIAL NI TEMPORAL.

11. DECLARO HABER LEÍDO ÍNTEGRAMENTE ESTE DOCUMENTO Y FIRMARLO LIBREMENTE.

LUGAR: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

FIRMA DEL PARTICIPANTE:

ACLARACIÓN:

DNI / PASAPORTE: