



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CAMPEONATO NACIONAL INTERCLUBES “ALEJANDRO SIERRA PULIDO” DE NATACIÓN CON ALETAS AGUAS ABIERTAS, CATEGORÍA JUVENIL ABIERTA, MAYORES Y MÁSTER ABIERTA, A REALIZARSE EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA DEL 10 AL 12 DE MARZO DE 2021.

Yo _____ con documento de identidad _____ de _____ entiendo y acepto que debo cumplir con los requisitos y recomendaciones establecidas para la práctica del deporte. Asumo la responsabilidad del riesgo de contagio que conllevan los desplazamientos hacia el sitio de competencia para mí y mi familia. Me han sido explicados todos los riesgos adicionales que asumo al realizar esta práctica deportiva y por lo tanto me comprometo a presentar los resultados de las pruebas para COVID 19; previo al inicio de la competencia. Además de esto, me comprometo a comunicar cualquier resultado confirmatorio de ser portador del virus.

Libero de responsabilidad al personal de salud, técnico, federativo y del Ministerio del Deporte ante el evento de ser diagnosticado con COVID 19, pues entiendo que su contagio pudo ser en cualquier momento, y en cualquier espacio. El hecho de haber tenido una exposición previa al virus, no me libera de una reinfección, por lo que me comprometo a cumplir con todos los protocolos de seguridad y cumplir con las tomas de las pruebas seriadas. Soy consciente que pese al cumplimiento de todos los protocolos de seguridad existe una probabilidad de contagiarse con COVID 19.

Cabe señalar que a pesar de las pruebas que me hayan realizado previamente y que no tenga síntomas, tengo la posibilidad de ser portador asintomático de la enfermedad; los riesgos asociados a la exposición de COVID-19 son:



muerte, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, coagulopatías, eventos trombóticos severos, otras manifestaciones como eventos respiratorios, gastrointestinales, neurológicos relacionados con el COVID-19 y en general aumento de probabilidad de las complicaciones de enfermedades pre existentes, así como las probables secuelas resultantes del padecimiento de la enfermedad.

Se me ha explicado que la decisión del regreso a la competencia es totalmente voluntaria, primando mi salud y la de mi entorno familiar. Certifico que he entendido la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de la propuesta para mi retorno a la competencia.

A continuación, mediante mi firma y huella, doy garantía que he leído o me han leído en totalidad el presente documento y estoy en acuerdo con la participación del menor de edad:

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD	
FIRMA DE LA MADRE:	
NOMBRE COMPLETO:	
NÚMERO C.C.	

REPRESENTANTE LEGAL DEL MENOR DE EDAD	
FIRMA DEL PADRE:	
NOMBRE COMPLETO:	
NÚMERO C.C.	