



CONSENTIMIENTO INFORMADO MAYORES DE EDAD

Yo, Estefania Ariza Avendaño, identificado con el documento de identidad N° 1001119351 entiendo y acepto que debo acatar los requisitos y recomendaciones establecidas para la actividad a realizar, cumpliendo lo dispuesto en el 2° párrafo del artículo 2° de la Resolución 1840 de 2020 "*Por medio de la cual se adopta el protocolo de bioseguridad para el manejo del riesgo del coronavirus COVID – 19 para la práctica de actividad física, recreativa y deportiva*", emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, exigible a cada usuario, deportista, entrenador, padre de familia o cuidador y personal de apoyo, por medio del presente otorgo el consentimiento informado para el reinicio de la práctica, manifiesto encontrarme sano, sin signos o síntomas sospechosos de COVID – 19 y me comprometo a respetar de manera estricta las normas de bioseguridad y distanciamiento social para la actividad a realizar.

Así mismo, asumo la responsabilidad del riesgo de contagio que conllevan los desplazamientos hacia los escenarios del IDR D para entrenamiento, servicios de alimentos y Unidad de Ciencias Aplicadas al Deporte, para mí, mi acompañante y mi familia.

Me han sido explicados todos los riesgos adicionales a que me expongo al realizar esta práctica deportiva y, por lo tanto, me comprometo a comunicar inmediatamente si tengo algún síntoma de alarma concordante con el cuadro propio del COVID 19 e iniciar el aislamiento preventivo de rigor.

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 toma de las pruebas seriadas.

Soy consciente de que, pese al cumplimiento de todos los protocolos de seguridad, existe una probabilidad de contagio del 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 y que los riesgos asociados a la exposición de COVID 19 son: muerte, síndrome de dificultad respiratoria, coagulopatias, eventos tromboticos severos, otras manifestaciones como eventos respiratorios, gastrointestinales, neurológicos relacionado con el COVID 19 y en general aumento de probabilidad de las complicaciones de enfermedades preexistentes.

Realizo reconocimiento de firma, contenido, expreso conocer, aceptar y acatar los lineamientos para la reactivación de la actividad a realizar y protocolos de bioseguridad de estas actividades.

Firma:

Nombre:

Estefania Ariza Avendaño

No. de documento de identidad:

1.001.119.351

Teléfono: