



EXIMICIÓN DE RESPONSABILIDAD

Autodiagnóstico Médico

Recorrido Acrobático en Altura Parque de Cuerdas del Castillo



SU SALUD PERSONAL ES SU PROPIA RESPONSABILIDAD.

SU INSTRUCTOR NO SERÁ RESPONSABLE DE CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN DURANTE O DESPUÉS DE LA ACTIVIDAD DERIVADOS DE UN INCORRECTO USO DE LOS EQUIPOS Y/O ESTADO FISICO ANTERIOR SIN DECLARAR.

ESTE AUTODIAGNÓSTICO MEDICO FIRMADO SE ENTREGARÁ AL RESPONSABLE/REPRESENTANTE DE LA INSTALACIÓN ANTES DEL INICIO DE LA ACTIVIDAD.

Nombre y apellidos:

DNI:

Las condiciones siguientes pueden suponer un riesgo en caso de participación activa en la actividad recorrido acrobático en altura

Asma u otros problemas respiratorios

Epilepsia, desmayos u otros ataques

Angina de pecho u otros problemas del corazón

Vértigo o problemas del oído interno (dificultad con el equilibrio)

Claustrofobia/acrofobia (miedo a los espacios cerrados/ las alturas)

Trastornos de la presión sanguínea

Diabetes

Marcapasos o desfibrilador implantado

Artritis, osteoartritis u otros trastornos musculares o esqueléticos que afecten a la movilidad

Alergias conocidas (p.ej. picaduras de abejas, avispas o arañas)

Cirugía reciente

Cualquier otra condición médica o medicación que pueda afectar a la escalada o al impacto físico de la escalada

Por la presente afirmo que he leído y comprendido la lista anterior de riesgos y situaciones médicas con riesgo potencial para la vida y que estoy en condiciones físicas y médicas apropiadas para participar en la actividad: RECORRIDO ACROBÁTICO EN ALTURA

Por la presente afirmo que no existe ningún factor que me impida participar en la actividad: RECORRIDO ACROBÁTICO EN ALTURA

Acepto seguir todas las instrucciones que dé el formador durante la actividad: RECORRIDO ACROBÁTICO EN ALTURA

Por el presente acepto que, si hubiere alguna duda relativa a mi estado médico, el INSTRUCTOR detendrá la actividad y buscará atención médica.

Firma _____

Fecha _____