

AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Por la presente, autorizo expresamente al Organizador, sus directivos, coordinadores, árbitros, personal autorizado, servicios médicos contratados y prestadores de emergencia a realizar las gestiones razonablemente necesarias para procurar asistencia médica urgente cuando una situación implique un riesgo real o potencial para la salud, integridad física o vida del participante.

1. Limitaciones de la Autorización

Esta autorización se limita exclusivamente a situaciones en las que resulte necesaria una intervención inmediata para proteger la salud o integridad física del participante.

La presente autorización no obliga al Organizador a prestar servicios médicos propios ni constituye una garantía de atención sanitaria específica.

El Organizador realizará esfuerzos razonables para gestionar la asistencia de emergencia disponible según las circunstancias del evento y los recursos existentes al momento de producirse la contingencia.

2. Atención de Emergencia

Autorizo al Organizador a:

- Solicitar asistencia médica de emergencia.
 - Requerir la intervención de profesionales de la salud.
 - Coordinar primeras atenciones médicas.
 - Solicitar servicios de ambulancia.
 - Gestionar traslados sanitarios cuando resulten necesarios.
 - Facilitar al personal médico la información relevante disponible sobre el participante.
-

3. Compromiso de Información

Me comprometo a informar oportunamente cualquier cambio relevante en la información médica o de contacto proporcionada en este formulario.

Asimismo, declaro que la omisión o inexactitud de información médica relevante puede afectar la capacidad de respuesta ante una emergencia.

4. Información Médica Relevante

Declaro que la siguiente información médica es correcta y se encuentra actualizada:

Alergias

- ☐ No posee alergias conocidas.
☐ Posee las siguientes alergias:

Condiciones médicas relevantes

- ☐ No posee condiciones médicas relevantes.
☐ Posee las siguientes condiciones médicas:

Medicación de emergencia

- ☐ No utiliza medicación de emergencia.
☐ Utiliza la siguiente medicación:

5. Cobertura Médica

Obra Social / Prepaga / Seguro Médico: -----

Número de Afiliado: -----

En caso de no poseer cobertura médica:

- ☐ Declaro que el participante no cuenta actualmente con cobertura médica.

6. Gastos Médicos

Salvo que exista una cobertura específica informada por el Organizador para el evento correspondiente, los gastos médicos, farmacéuticos, hospitalarios o de traslado que no se encuentren cubiertos por seguros contratados para el evento o por la cobertura médica del participante serán responsabilidad del participante o de su representante legal.

7. Contactos de Emergencia

Contacto Principal

Nombre y Apellido: _____

Relación con el participante: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Contacto Alternativo

Nombre y Apellido: _____

Relación con el participante: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

8. Participantes Menores de Edad

Cuando el participante sea menor de edad, quien suscribe declara actuar en carácter de:

- ☐ Madre
- ☐ Padre
- ☐ Tutor
- ☐ Representante Legal

y manifiesta contar con facultades suficientes para otorgar la presente autorización.

Asimismo, autoriza a la Organización a contactar servicios médicos de emergencia y adoptar medidas razonables de protección de la salud del menor cuando las circunstancias requieran una actuación inmediata.

9. Protección de Datos Personales

La información suministrada en este formulario podrá incluir datos relativos a la salud y será tratada exclusivamente para fines de prevención, asistencia médica, protección de la integridad física del participante y gestión de emergencias, de conformidad con la Política de Privacidad y la legislación aplicable en materia de protección de datos personales.

El acceso a esta información estará limitado al personal que necesite conocerla para cumplir las finalidades antes descritas.

10. Declaración Final

Declaro haber leído íntegramente el presente documento, comprender su contenido y otorgar esta autorización de forma libre, informada y voluntaria.

PARICIPANTE

Nombre y Apellido: _____

Documento: _____, Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Firma: _____

REPRESENTANTE LEGAL (PARA PARTICIPANTES MENORES DE EDAD)

Nombre y Apellido: _____

Documento: _____, Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Relación con el menor: _____

Firma: _____

Versión para aceptación digital en App

Al seleccionar "Acepto", declaro ser el participante o el padre, madre, tutor o representante legal del participante menor de edad identificado en esta inscripción. Asimismo, autorizo al Organizador a gestionar la asistencia médica y los procedimientos de emergencia razonablemente necesarios para proteger la salud e integridad física del participante durante las actividades deportivas. La aceptación quedará registrada electrónicamente junto con la fecha, hora, dirección IP, usuario autenticado y versión vigente del presente documento.