

Entregar esta forma 3 días antes del evento, si es entregada tarde existe la posibilidad de que no puedas participar en el programa.

### EL PRESENTE DOCUMENTO LEGAL INCLUYE LA ACEPTACIÓN DE RIESGOS Y DESLINDE DE RESPONSABILIDADES

Aunque los programas realizados por el **Centro de Liderazgo y Desafío ¡Lánzate!** (en lo sucesivo, **Centro Lánzate**) no están sujetos a ningún reglamento de privacidad, toda la información médica y de salud del participante se maneja de forma confidencial y sólo será compartida con su consentimiento.

Los programas operados por el personal del **Centro Lánzate** tienen una gran variedad de actividades de aventura que frecuentemente incluyen - de manera enunciativa, más no limitativa - ejercicios físicos, dinámicas, problemáticas grupales, retos a nivel del piso y retos de altura, tales como rappel y escalada en roca. Nuestros programas están diseñados para personas que gocen de buena salud, puesto que algunas actividades son físicamente demandantes.

Todas las actividades son presentadas bajo el principio de "reto por elección". Esto significa que todos los participantes, por su voluntad y propios derechos, eligen su nivel de participación. Para el **Centro Lánzate** y la comunidad **UDEM** la seguridad es una alta prioridad en todos nuestros programas, sin embargo el riesgo es latente, quedando el participante expuesto a sufrir una lesión física. Por lo tanto, éste asume con responsabilidad el reto.

Cada participante, para participar en los programas diseñados e implementados por el personal del **Centro Lánzate**, debe contar con un seguro médico que cubra accidentes al 100%, debido a la práctica de deportes peligrosos de manera amateur. Si cuenta con el seguro de la UDEM, éste cubre al 100%. La información requerida en esta forma médica tiene la intención de ayudar al personal de apoyo del programa para identificar cualquier condición médica preexistente y, con ello, determinar si su estado físico le permite participar en alguna actividad. Por tal razón, se le pide contestar bajo protesta de decir verdad. Se le informa que en caso de tener una condición médica preexistente no será conveniente su participación en algunas actividades extremas.

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente:

#### Primera parte. Información general

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: H  M   
Fecha de nacimiento (día/mes/año): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre: \_\_\_\_\_  
¿Tiene seguro de gastos médicos que cubre accidentes, por la práctica de deportes extremos de manera amateur? Sí  No   
Si la respuesta anterior fue sí...  
Nombre de la compañía \_\_\_\_\_  
NOTA: Si cuenta con el seguro UDEM, el número de póliza es su número de matrícula.  
Teléfono de la compañía \_\_\_\_\_ No. de póliza \_\_\_\_\_

¿Ha participado en algún programa de educación experiencial? Sí  No   
¿Ha tenido algún incidente médico que pueda limitar su participación en el programa? Sí  No   
Si su respuesta fue sí, identifique y explique: \_\_\_\_\_

¿Toma medicamentos con frecuencia? Sí  No   
Si su respuesta fue sí, indique qué medicamento y bajo qué condiciones lo toma: \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias o alguna reacción a algún medicamento o alimento? Sí  No   
Si su respuesta fue sí, detalle: \_\_\_\_\_

Si es vegetariano, favor de indicar las restricciones: \_\_\_\_\_

#### Segunda parte. Historia médica

¿Sufre alguna de las siguientes afecciones o están presentes en su historial?:  
Antecedentes cardiacos   
Hipertensión   
Ataques epilépticos

Si marcó alguna de las anteriores, favor de proveer más información: \_\_\_\_\_

#### Tercera parte. Factores adicionales

Tiene diabetes: Sí  No   
Si su respuesta fue sí, por favor indique si es dependiente de la insulina o no: \_\_\_\_\_

Tiene alguna fobia: Sí  No   
Especifique cuál o cuáles: \_\_\_\_\_

Por favor, indique qué enunciado describe mejor la frecuencia con que hace ejercicio:

Poco o casi nunca   
Ocasionalmente, (1 ó 2 veces por semana)   
Muy frecuentemente (20 minutos diarios ó 3 veces por semana)

¿Fuma? Sí  No  ¿Dejó de fumar? Sí  No  Si su respuesta fue sí, ¿hace cuánto dejó de fumar? \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas en la columna? Sí  No

En caso de algún accidente, por favor indique a quién debemos contactar:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono de casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Oficina (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Sobre consulta médica

Si marcó afirmativamente alguna de las opciones de la **segunda parte** de este cuestionario, le recomendamos consultar con su médico la posibilidad de participar en el programa operado por el **Centro Lánzate**. Asimismo, si usted tiene tres o más de los factores de riesgo, previstos en la segunda y tercera parte, es conveniente consultar con su médico el participar en alguna actividad del **Centro Lánzate**, puesto que, tener en su historial médico algún problema cardiaco, dolor en el pecho, hipertensión, diabetes, ser o haber sido fumador, sufrir de sobrepeso y/o tener una edad mayor a 45 años, se reconocen como condiciones para considerarlo una persona con riesgos cardiacos.

“Reconozco que marqué alguna condición física en la segunda parte y consulté a mi médico”. Sí  No

Si su respuesta fue sí, marque la descripción más apropiada:

- Me han recomendado que puedo participar en todo el programa, sin ninguna limitación. ....
- Me han recomendado que puedo participar en el programa, pero podría evitar algunas actividades. ....
- Por favor, detalle qué actividades: \_\_\_\_\_
- Me han recomendado **no** participar en el programa .....

Si usted o su doctor requieren información adicional acerca de las actividades que se desarrollan en este programa, por favor, contáctenos:

**Lic. Ma. Teresa de J. Bortoni Evans, MED, MDO**  
Coordinación  
Centro de Liderazgo y Desafío ¡Lánzate!  
Conm. UDEM: 8215-1000 ext. 1321, 1657, 1658, 1704 ó 1298  
Fax: 8215-1326  
Lada sin costo – 01 800 801 8336  
mbortoni@udem.edu.mx o lanzate@udem.edu.mx

### Exoneración de Responsabilidades

Manifiesto que entiendo toda la información, tanto general como médica, que contiene este documento. Asimismo, admito que la información proporcionada es actual, completa y veraz. Entiendo que ocultar información podrá afectar mi propia seguridad y la de mis compañeros. Estoy de acuerdo en mantener al **Centro Lánzate** libre de toda responsabilidad respecto toda condición física y médica preexistente y por toda condición física y médica no expuesta en esta forma. En caso de enfermedad o accidente, doy consentimiento a la Universidad de Monterrey para recibir cuidados de primeros auxilios, hospitalización u otros tratamientos que puedan ser necesarios, así como a reembolsarle la totalidad de las erogaciones que, en su caso, hubiere efectuado para tal efecto, ya sea con mi patrimonio o con el de mis padres.

Entiendo que algunas actividades del **Centro Lánzate** pueden ser físicas y emocionalmente demandantes. Estoy de acuerdo en seguir todas las instrucciones dadas por los organizadores, facilitadores y/o instructores durante el programa. Reconozco y acepto el riesgo que implican las actividades del programa y reconozco el riesgo de poder sufrir algún accidente y/o deceso que podría resultar de mi participación en las actividades. En virtud de lo anterior, deslindo a la Universidad de Monterrey y al personal del **Centro Lánzate**, así como a sus organizadores, facilitadores, instructores, directivos y consejeros, de cualquier enfermedad o accidente que pudiera ocurrirle a mi persona, durante mi participación en las actividades del programa.

Cedo a la Universidad de Monterrey y al personal del **Centro Lánzate** los derechos de uso, reproducción y distribución de fotografías y videos grabados donde aparezca mi persona.

Nombre del programa: \_\_\_\_\_ Fecha del programa (día/mes/año): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

En caso de ser menor de edad se requiere la firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_