

**POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO ANTES DE FIRMAR**

<b>Nombre:</b>		<b>Apellido:</b>	
<b>Dirección:</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>C.P.:</b>	
<b>E-Mail:</b>	<b>Teléfono:</b>		
<b>¿Le gustaría recibir boletín de Swiss Divers:</b>		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Yo,** por este medio afirmo que tengo conocimiento de que el buceo sin Scuba posee riesgos inherentes que pueden resultar en lesiones o la muerte. Entiendo y acuerdo que ni mis guías o instructores, ni la instalación a través de la cual se ofrece este programa, Swiss Divers Association ni PADI Américas, Inc., o sus entidades filiales y subsidiarias, ni alguno de sus empleados, funcionarios, agentes, contratistas o cesionarios respectivos (a quienes de aquí en adelante se les llamará "Partes eximidas") pueden ser señalados como culpables o responsables de manera alguna por cualquier lesión, muerte u otros daños a mí, mi familia, patrimonio, herederos o cesionarios que pudieran ocurrir como resultado de mi participación en este programa, o como resultado de la negligencia de alguna de las partes, incluidas las Partes eximidas, ya sea de manera activa o pasiva. En consideración de que se me permite participar en este programa, por este medio asumo personalmente todos los riesgos de este programa, ya sea previstos o imprevistos, que puedan ocurrir mientras participe en este programa. Además descargo, exonero y eximo a dicho programa y a las Partes eximidas de cualquier reclamo o juicio por mí, mi familia, patrimonio, herederos o cesionarios, que surja por mi inscripción y participación en este programa. Entiendo que el buceo con snorkel y sin Scuba son actividades físicamente agotadoras, y que estaré esforzándome durante este programa y, que si me lesiono como resultado de un ataque cardíaco, pánico, hiperventilación, ahogamiento o alguna otra causa, asumo expresamente el riesgo de dichas lesiones, y que no haré responsables de las mismas a las Partes eximidas. Entiendo que las afecciones médicas pasadas o presentes pueden constituir contraindicación para mi participación en el programa. Yo afirmo que actualmente no estoy padeciendo de resfriado alguno ni congestión nasal, ni tengo ninguna infección del oído. Afirmo que no tengo antecedentes de convulsiones, mareos o desmayos, ni antecedentes de cardiopatías (por ejemplo: enfermedades cardiovasculares, angina de pecho, ataques al corazón). Además, afirmo que no tengo antecedentes de padecer problemas respiratorios como enfisema o tuberculosis. Afirmo que actualmente no estoy tomando medicamentos que adviertan acerca de cualquier impedimento que puedan causar a mis aptitudes físicas o mentales. Además declaro que tengo la edad legal y que soy legalmente competente para firmar este descargo de responsabilidad, o que he adquirido el consentimiento por escrito de mi padre/madre o tutor legal. Entiendo que los términos de la presente son contractuales y no una mera consideración preliminar, y que he firmado este Contrato por mi propia voluntad y con el conocimiento de que por la presente renuncio a mis derechos legales. Además acepto que cualquier disposición de este Contrato que se encuentre como imposible de hacer cumplir o inválida, dicha disposición será separada de este Contrato. Entonces, el resto de este Contrato se interpretará como si la disposición imposible de hacer cumplir nunca hubiera estado contenida en el mismo. Entiendo y acepto que no sólo cedo mi derecho de demandar a las Partes eximidas, sino también cualquier derecho que puedan tener mis herederos, cesionarios o beneficiarios para demandar a las Partes eximidas, como resultado de mi muerte. Además declaro que tengo la autoridad de hacerlo y que mis herederos, cesionarios o beneficiarios se quedarán imposibilitados de reclamar otra cosa, debido a mis declaraciones a las Partes eximidas.

MEDIANTE ESTE INSTRUMENTO ACEPTO EXIMIR Y Nombre del participante DESCARGAR A MIS GUÍAS, LA INSTALACIÓN A TRAVÉS DE LA CUAL RECIBO MI INSTRUCCIÓN, SWISS DIVERS ASSOCIATION, PADI AMERICAS, INC., Y A TODAS LAS ENTIDADES RELACIONADAS, TAL COMO SE DEFINEN ANTERIORMENTE, DE TODA CULPABILIDAD O RESPONSABILIDAD POR LESIONES PERSONALES, DAÑOS MATERIALES U HOMICIDIO CULPOSO, SIN IMPORTAR LA CAUSA, LO CUAL INCLUYE, ENTRE OTRAS, LA NEGLIGENCIA DE LAS PARTES EXIMIDAS, YA SEA DE MANERA ACTIVA O PASIVA. ME HE INFORMADO PLENAMENTE, ASÍ COMO A MIS HEREDEROS, DEL CONTENIDO DE ESTE CONTRATO DE DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGO, LEYÉNDOLO ANTES DE FIRMARLO, A NOMBRE PROPIO Y DE MIS HEREDEROS.

**Resguardo de equipo rentado: Devuelva su equipo en la misma condición que cuando usted recibió. Si el equipo de alquiler se daña o se pierde, ¿se le cobrará por ello!**

<input type="checkbox"/> Mascara	<input type="checkbox"/> Esnórquel	<input type="checkbox"/> Aletas	<input type="checkbox"/> Traje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	--------------------------	--------------------------

 \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PARTICIPANTE

 \_\_\_\_\_  
FECHA (dd/mm/aaaa)

 \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR (si es necesario)



# FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SALUD / COVID-19

Lea esta declaración antes de firmarla. Debe completar esta Declaración Médica adicional para inscribirse en un curso de formación de buceadores o para participar en cualquier actividad acuática. Si usted es menor de edad, debe presentar esta Declaración firmada por su padre o tutor.

## CUESTIONARIO MÉDICO

El propósito de este cuestionario médico es asegurarse de que usted es apto para bucear, desde el punto de vista médico. Por favor, responda las siguientes preguntas con un SÍ o un NO. Si no está seguro, responda SI. Una respuesta positiva significa que puede haber una condición preexistente que podría afectar su seguridad durante el buceo. Si alguno de estos puntos considera que se adecúa a usted, debemos rogarle que consulte con un médico, preferiblemente un especialista en medicina del buceo, antes de participar en cualquier actividad subacuática.

Dentro de los 40 días inmediatamente anteriores a la fecha de este Formulario de Declaración de Salud, ¿USTED

1. ¿HA DADO POSITIVO O PRESUNTAMENTE POSITIVO EN LA PRUEBA POR COVID-19 (EL NUEVO CORONAVIRUS O SARS-COV2), O HA SIDO IDENTIFICADO COMO UN POTENCIAL PORTADOR DEL CORONAVIRUS?
2. ¿HA EXPERIMENTADO ALGÚN SÍNTOMA COMÚNMENTE ASOCIADO CON COVID-19 (FIEBRE; TOS; FATIGA O DOLOR MUSCULAR; DIFICULTAD PARA RESPIRAR; DOLOR DE GARGANTA; INFECCIONES PULMONARES; DOLOR DE CABEZA; PÉRDIDA DEL GUSTO; O DIARREA)?
3. ¿HA ESTADO EN ALGÚN LUGAR/SITIO DECLARADO COMO PELIGROSO Y/O POTENCIALMENTE INFECCIOSO DEL NUEVO CORONAVIRUS POR UNA AUTORIDAD SANITARIA O REGULADORA, RECONOCIDA?
4. ¿HA ESTADO EN CONTACTO DIRECTO CON O EN LA INMEDIATA PROXIMIDAD DE CUALQUIER PERSONA QUE HAYA DADO POSITIVO CON EL NUEVO CORONAVIRUS O QUE HAYA SIDO DIAGNOSTICADA COMO POSIBLEMENTE INFECTADA POR EL NUEVO CORONAVIRUS?

La información que he proporcionado sobre mi historial médico es totalmente veraz, según mi saber y entender. Acepto asumir la responsabilidad de cualquier omisión al revelar mis condiciones de salud existentes o pasadas.

También me comprometo a informar al \_\_\_\_\_ acerca de cualquier síntoma que pueda experimentar después de haber rellenado esta declaración y/o haber entrado en contacto con alguien que haya dado positivo después de firmar la declaración.

## DECLARACIONES ADICIONALES / COVID-19

Si se me pide, llevaré una máscara protectora en todo momento mientras participe en la formación / actividades de buceo organizadas por el \_\_\_\_\_, y tomaré todas las medidas preventivas razonables que puedan ser recomendadas por el \_\_\_\_\_, o cualquier autoridad pública relevante.

Aceptaré y observaré todas las instrucciones del \_\_\_\_\_, destinadas a cumplir con todas las regulaciones existentes, necesarias para ayudar a prevenir el riesgo de transmisión, incluyendo tomar mi temperatura, antes de participar en cualquier actividad acuática

RECONOZCO y ACEPTO que esta Declaración será considerada como mi consentimiento a ~~para conservar esta Declaración y~~ facilitarla a cualquier autoridad relevante o proveedor de servicios, con el fin de garantizar la seguridad de cualquier tercero que pueda entrar en contacto conmigo antes, durante y después de cualquier actividad acuática.

Nombre completo

Fecha

Firma

Nombre completo del  
Tutor o Responsable

Fecha

Firma

