

Por la presente certifico que ..... de ..... años,  
DNI ..... fue evaluado clínica y cardiovascularmente y se le realizaron las pruebas complementarias correspondientes. En función de la interpretación de los exámenes realizados se determina que no posee patología que implique riesgo para realizar actividad deportiva, tal como participar en cualquiera de las excursiones organizadas por BIKERIDERS, cicloturismo, trekking, realizadas en diferentes localidades de la provincia de Córdoba y Argentina

Lugar y fecha

Sello y firma del Médico

### DESLINDE Y ACUERDO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Yo declaro en forma plena que voluntariamente me inscribo para participar en las travesías y paseos, que he leído el reglamento provisto por BIKERIDERS, junto con toda la información contenida en su sitio web [www.BIKERIDERS.com.ar](http://www.BIKERIDERS.com.ar). Y que participo de esta actividad teniendo el absoluto conocimiento de los riesgos que esta implica.

### ASUNCIÓN DE RIESGO

Yo tengo conocimiento que los servicios médicos o de primeros auxilios pueden no estar disponibles o accesibles durante el transcurso de tiempo en el cual estoy participando de la travesía. Yo por la presente acepto y asumo la total responsabilidad por cualquier y todos los riesgos de enfermedad, herida o muerte (no por descuidada, premeditada o fraudulenta conducta) que pudiesen ocurrir en el desarrollo de la competencia.

### DESLINDE DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Mediante la consideración de ser permitido por BIKERIDERS a participar de travesías y sus servicios, yo aquí acuerdo que: ni yo, ni ninguno de mis herederos, representantes personales o legales, miembros de mi familia tomarán acciones legales o reclamos ya sea por enfermedad, heridas o muerte resultando del desarrollo de la actividad, ni de cualquiera de sus empleados, directores, agentes contratistas u organizaciones afiliadas (ni tampoco el proveedor de servicios u equipo que deberé usar en las actividades) como resultado de mi participación en la travesía. Yo aquí mismo libero a BIKERIDERS, sus empleados, directores, agentes, contratistas y a todas sus organizaciones asociadas de y contra toda responsabilidad legal proviniendo de o conectado con mi participación en esta actividad, incluyendo cualquier responsabilidad legal por negligencia (pero no por conducta descuidada, premeditada o fraudulenta).

### EJECUCIÓN VOLUNTARIA Y COMPRENDIDA

Yo he leído muy cuidadosamente y he comprendido completamente sus contenidos. Yo estoy advertido que esto es un Deslinde de Responsabilidad y un acuerdo entre mi persona y BIKERIDERS y/o sus organizaciones afiliadas y firmo bajo mi absoluta y propia voluntad.

FIRMA DEL TITULAR: .....

ACLARACIÓN: ..... FECHA: ...../...../.....

**Datos Personales**

Nombre y Apellido:.....Edad:.....  
Fecha de Nacimiento:.....DNI:.....Teléfono:.....  
Domicilio:.....Servicio Médico:.....  
GRUPO SANGUINEO:.....FACTOR RH:.....

**Antecedentes Alérgicos**

Alérgico?..... Medicamentos varios:.....  
Antibióticos:.....  
Dipirona (Novalgina):.....  
Aspirina:.....  
Penicilina:.....  
Alimentos:.....  
Iséctos:.....  
Otros:.....

**Medicamentos que pueden ser administrados (coloque nombre y dosis de medicación)**

En caso de fiebre:.....  
En caso de dolor de cabeza:.....

**Antecedentes de enfermedades (padece o padeció, marque con una X lo que corresponde)**

- |                                   |   |                                    |  |                                   |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RUBEOLA  | <input type="checkbox"/> ANGINAS        | <input type="checkbox"/> ASMA      | <input type="checkbox"/> SARAMPIÓN                               | <input type="checkbox"/> RUBEOLA  |
| <input type="checkbox"/> VARICELA | <input type="checkbox"/> POLIOMELITIS   | <input type="checkbox"/> DIABETES  | <input type="checkbox"/> CONVULSIONES                            | <input type="checkbox"/> VARICELA |
| <input type="checkbox"/> OTITIS   | <input type="checkbox"/> INF. URINARIAS | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA | <input type="checkbox"/> EPISTAXIS (Sangrado de nariz frecuente) |                                   |

**Antecedentes Operatorios**

Amigdalas (fecha...../...../.....)

Amigdalas (fecha...../...../.....)

Hernias (fecha...../...../.....)

Hernias (fecha...../...../.....)

**Antecedentes de vacunación. Fecha de la última colocación (marque con una X la que corresponda)**

Antitetánica (fecha...../...../.....)

Antisarampionosa (fecha...../...../.....)

**Otras especificaciones:**

**Si está BAJO TRATAMIENTO MÉDICO por alguna afección, mencionar los siguientes datos**

DIAGNÓSTICO:.....

MEDICAMENTOS:.....DOSIS:.....

**El paciente bajo tratamiento debe traer sus medicamentos**

Otros datos que desee agregar:.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....