EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN EXPRESA DE RIESGO

(Este documento debe ser autenticado ante Notario)

Yo, _____ , mayor de edad, identificado(a) con documento de identidad No._____, en mi calidad de_____ (padre, madre, acudiente) de _____ , identificado(a) con T.I ó N.U.I.P , por medio de este documento me permito manifestar que he sido informado por AZUL & BLANCO MILLONARIOS F.C. S.A. sobre las actividades que se realizarán durante la convocatoria que hará el Club en diferentes instalaciones deportivas de la ciudad de Bogotá (entrenamientos, pruebas, torneos, actividades recreativas, conexas o complementarias) y soy plenamente consciente de los riesgos que se corren durante este evento.

AZUL & BLANCO MILLONARIOS F.C. S.A. me ha informado que ésta tiene el debido cuidado en reducir los riesgos tradicionales relacionados con este tipo de actividades, cuenta con personal idóneo para hacer las pruebas y contará con personal capacitado para la atención de primeros auxilios durante su realización. Sin embargo, sé que pese al cuidado que se tenga para evitar lesiones, algunos riesgos son inherentes a la actividad y no se pueden eliminar por completo.

Manifiesto además que mi hijo o dependiente está afiliado y activo en la EPS _____ .

Los riesgos inherentes a las pruebas incluyen, entre otros, caídas, colisiones con otros jugadores, contacto con superficies duras y posiciones incorrectas, pero de igual forma pueden existir otros peligros desconocidos en las instalaciones donde se realizan las prácticas, o comportamiento imprudente de parte del postulante tales como alejarse del lugar donde se realiza la concentración, riesgos en desplazamientos etc.

Con base en los anterior, por la presente libero y eximo de responsabilidad y/o indemnización a AZUL & BLANCO MILLONARIOS F.C. S.A. por los accidentes o lesiones que puedan ocurrir durante el evento y me comprometo a no establecer demandas en su contra, de sus agentes, voluntarios, contratistas y personas que trabajan en la Convocatoria, por las lesiones derivadas o conexas con las actividades que realizará mi hijo o dependiente en las cuales he promovido su participación y realizado voluntariamente su inscripción.

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Bogotá D.C., a los días del mes de _____**de 2024**

Nombre: _____
CC: _____

NOTA: Los formatos, pruebas e inscripciones no tienen costo

	AZUL & BLANCO MILLONARIOS FC S.A.	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	
	FORMATO DECLARACION DE SALUD JUGADOR A PRUEBA FUTBOL BASE	CODIGO	F-SG-48
		VERSION	1
		VIGENCIA	01-dic-20

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____ Fecha: Dia / Mes / Año

Tipo de documento: CC: ☐ T.I: ☐ CE: ☐ PA: ☐

Número: _____ Lugar de expedición: _____

Certifico expresamente y bajo juramento que el día de hoy del mes _____ del año _____ que ingreso a realizar pruebas deportivas de manera libre y voluntaria, mis antecedentes médicos y personales son los siguient

2. ANTECEDENTES PERSONALES

Marque con un X si cumple o no con alguno de los siguientes antecedentes, en caso de que su respuesta sea afirmativa justifique en las casillas correspondientes.

			Sí	No
a. ¿He tenido lesiones de ligamentos de rodilla, hombro, cadera, tobillo, etc.?				
Fecha de lesión: Dia / Mes / Año	Que ligamento:	Requirió cirugía:		
Cuanto tiempo duró la rehabilitación:	Fecha de retorno al deporte: Dia / Mes / Año			
Observación:				
b. ¿He tenido alguna fractura (lesión en los huesos, "romperse un hueso")?			Sí	No
Fecha de lesión: Dia / Mes / Año	Que hueso:	Requirió cirugía:		
Cuanto tiempo duró la rehabilitación:	Fecha de retorno al deporte: Dia / Mes / Año			
Observación:				
c. ¿He tenido lesiones en las articulaciones (tobillo, rodilla, cadera, hombro, etc.)?			Sí	No
Fecha de lesión: Dia / Mes / Año	Que articulación:	Requirió cirugía:		
Cuanto tiempo duró la rehabilitación:	Fecha de retorno al deporte: Dia / Mes / Año			
Observación:				
d. ¿Me han dicho que sufrí o sufro de algún problema del corazón?			Sí	No
Fecha de informe: Dia / Mes / Año	Qué problema:	Requirió cirugía:		
Aún presenta el problema del corazón:		Requirió medicamentos:		
Fecha de retorno al deporte: Dia / Mes / Año				
Observación:				
e. ¿Presenta o ha presentado dolor en el pecho cuando hace ejercicio, dificultad para respirar, desmayos, mareo con el ejercicio, fatiga muy rápida?			Sí	No
Fecha: Dia / Mes / Año	Que alteración:	Requirió cirugía:		
Cuanto tiempo duró la rehabilitación:	Fecha de retorno al deporte: Dia / Mes / Año			
Observación:				

	AZUL & BLANCO MILLONARIOS FC S.A.	SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	
	FORMATO DECLARACION DE SALUD JUGADOR A PRUEBA FÚTBOL BASE	CODIGO	F-SG-48
		VERSION	1
		VIGENCIA	01-dic-20

Certifico expresamente, y de forma libre y voluntaria, que hoy en día____del mes_____del año_____, me encuentro exento de:

CONCEPTO	Sí	No
Lesiones musculo – tendinosas		
Lesiones ligamentarias		
Lesiones en los huesos		
Lesiones en las articulaciones		
Programación de cirugías		
Cualquier tipo de enfermedad, dolor o molestia que guarde o no relación con mi profesión como jugador de fútbol.		
Cualquier tipo de enfermedad, dolor o molestia que disminuya o afecte mi capacidad, posibilidad y/o habilidad para desempeñarme como jugador de fútbol profesional.		
Tratamientos o procedimientos con la EPS		
Cualquier otro tipo de tratamiento o procedimiento médico relevante		

Observaciones: _____

En ese sentido, manifiesto y garantizo expresamente, bajo juramente, que: (i) no existe ningún tipo de dolor o molestia física o psicológica que me aqueje, (ii) no existe ningún tipo de información relevante frente a cualquier aspecto relacionado con mi estado de salud, que no haya manifestado expresamente en este documento, y (iii) suscribí el presente documento libremente, y sin presión, coerción o influencia de ningún representante o funcionario de Azul & Blanco Millonarios FC S.A.

A partir de la fecha, reconozco de forma clara y expresa, que yo me hago responsable de velar por el autocuidado de mi estado físico y de mi estado de salud. En ese sentido, manifiesto expresamente que haré mi mejor esfuerzo, y que actuaré con la diligencia debida para lograr mantenerme en las mismas o en mejores condiciones a las certificadas en el presente documento.

Jugador

Firma: _____

TI CC No.: _____

EPS: _____

Acudiente (si es menor de edad)

Firma: _____

CC No.: _____

Parentesco: _____

Recibido Departamento médico	
Nombres y apellidos	
Firma	
Fecha	
Cargo	