

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA _____

VITAL HEALTH ofrece servicios para la práctica de la actividad física, para esto dispone de instalaciones, equipos y talento humano idóneo para guiar dichas prácticas con el fin de brindar seguridad y comodidad a sus usuarios.

Cualquier actividad física conlleva beneficios y algunos riesgos, principalmente de lesiones óseas y musculares, y en forma mas rara, problemas cardiacos y la muerte súbita. Con el fin de minimizar estos riesgos y aprovechar los beneficios del ejercicio físico, VITAL HEALTH ofrece dirección y acompañamiento de:

- Valoración clínica por fisioterapeuta
- Asesoría nutricional
- Máquinas y equipos en adecuadas condiciones
- Profesores y entrenadores capacitados e idóneos
- Orientación en programas de entrenamiento según aptitud y condición física del usuario

VITAL HEALTH, no se hace responsable por los accidentes o enfermedades derivados de la omisión de las recomendaciones realizadas por el equipo interdisciplinario de profesionales en la práctica de la actividad física, la responsabilidad es asumida en su totalidad por el usuario.

En forma libre y voluntaria yo _____ identificado(a) con cédula de ciudadanía número _____ declaro, certifico y entiendo que la actividad física que practico implica la posibilidad de sufrir lesiones y/o riesgos, según fui informado en detalle por parte del VITAL HEALTH.

Estoy de acuerdo con las recomendaciones, obligaciones y sugerencias arriba descritas en cuanto al cuidado de mi salud, entiendo que no me eximo de la responsabilidad de atender las recomendaciones y respetarlas para reducir todo riesgo al máximo posible y es mi obligación informar inmediatamente al personal asistencial o de profesores sobre el dolor, incomodidad, fatiga u otro síntoma que considere que pueda afectar mi salud en cualquiera de las actividades y servicios ofrecidos por VITAL HEALTH.

Exonero de toda responsabilidad a VITAL HEALTH, por cualquier situación desencadenada por el NO cumplimiento de la instrucción que me fue dada y renuncio a la valoración clínica, atención y guía del personal de la salud VITAL HEALTH que determina mi aptitud física e indica el programa de entrenamiento. Y SOY CONCIENTE DE LOS RIESGOS DE CONTAGIO QUE ESTOY EXPUESTO POR EL COVID 2019, TAMBIEN DOY LA CERTEZA QUE SEGUIRE TODOS LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD QUE DEBO REALIZAR TANTO EN EL CAF VITAL HEALTH COMO FUERA DE EL.

Declaro que he leído, entiendo y acepto los términos de este acuerdo en su totalidad.

FIRMA _____

CC.