**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL RETORNO A ACTIVIDADES CULTURALES, DEPORTIVAS Y/O DE ACTIVIDAD FÍSICA**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con CC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ obrando en calidad de acudiente \_\_\_\_ o usuario \_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales entiendo y acepto qué debo cumplir con los requisitos y recomendaciones establecidas para la práctica de la actividad a realizar. Asumo la responsabilidad del riesgo de contagio que conllevan los desplazamientos hacia el sitio de formación para mí y mi familia.

Me han sido explicados todos los riesgos adicionales que asumo al realizar esta práctica de la actividad y por lo tanto me comprometo a presentar los resultados de las pruebas para COVID-19 en caso de que presente los síntomas correspondientes. Además de esto, me comprometo a comunicar cualquier resultado confirmatorio de ser portador del virus.

El hecho de haber tenido una exposición previa el virus, no me libera de una reinfección, Por lo que me comprometo a cumplir con todos los protocolos de bioseguridad y cumplir con las tomas de las pruebas seriadas.

Soy consciente que pese al cumplimiento de todos los protocolos de bioseguridad existe una probabilidad de contagiarse con COVID-19. Cabe señalar que a pesar de las pruebas que me hayan realizado previamente y que no tenga síntomas, tengo la posibilidad de ser portador asintomático de la enfermedad; los riesgos asociados a la exposición de COVID-19 son: muerte, síndrome de dificultad respiratoria del adulto, coagulopatías , eventos trombóticos severos, otras manifestaciones como eventos respiratorios, gastro intestinales, neurológicos relacionados con el COVID-19 y en general aumento de probabilidad de las complicaciones de enfermedades preexistentes, así como las probables secuelas resultantes del padecimiento de la enfermedad.

Se me ha explicado que la decisión del regreso a las actividades culturales, deportivas y/o de actividad física es totalmente voluntaria, primando mi salud y la de mi entorno familiar. Por lo tanto, el IMCRDZ y el Formador de la disciplina, se eximen de toda responsabilidad derivada del desconocimiento de las medidas informadas al usuario o acudiente y que produzcan el contagio de la enfermedad.

Certifico que he entendido la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de la propuesta para mí retorno a las actividades del IMCRDZ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_

Nombre y firma:

No. de identificación:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­\_

Nombre y firma del acudiente:

Parentesco:

No. de identificación:

INSTITUTO MUNICIPAL DE CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE DE ZIPAQUIRÁ,

NIT. 800195954-1SEDE ADMINISTRATIVA, ESTACIÓN DEL TREN: CARRERA 11 NO. 4-00 TEL: 8510005, [www.imcrdz.com](about:blank), E-MAIL: [contactenos@imcrdz.com](about:blank)

PA-FT-0402-29 Vers.01