

Datos personales / Personal data

PRIMER NOMBRE:/FIRST NAME:	SEGUNDO NOMBRE:/MIDDLE NAME:	PRIMER APELLIDO:/LAST NAME:	SEGUNDO APELLIDO:
CIUDADANÍA: / CITIZENSHIP:	DOCUMENTO: / PASAPORTE: / PASSPORT:	FECHA DE NACIMIENTO: / D.O.B. (DD/MM/AA): / /	GRUPO SANGUINEO: /BLOOD TYPE:
DIRECCION / ADDRESS			
CIUDAD: / CITY:	DEPARTAMENTO:/ESTADO: / STATE:	C.P.: / ZIP: / POSTAL CODE:	PAÍS: / COUNTRY:
TEL. DÍA: / DAY PHONE:	TEL. NOCHE: / NIGHT PHONE:	CELULAR: / MOBILE:	FAX: / FAX:
E-MAIL:			
SEGURO DE VIAJES, SEGURO MÉDICO, (NUMERO DE POLIZA), MUTUALISTA: / TRAVEL OR MEDICAL INSURANCE (POLICY N°):			
OBSERVACIONES:/OBSERVATIONS:			

Cuestionario médico.-

Las actividades en la que participará, en algunos casos, son exigentes y podrían requerir un nivel razonable de entrenamiento, fuerza y resistencia. Es su responsabilidad asegurarse que tiene el nivel de entrenamiento apropiado para cada actividad. Estas actividades no se recomiendan para aquellas personas con discapacidades o enfermedades mayores. Si tiene cualquier duda con respecto a su habilidad para participar, por favor consulte con su médico para asegurarse que está suficientemente apto y saludable. Debería tomar en cuenta que la infraestructura médica y otras en nuestros destinos suelen ser menores a las de Montevideo (Capital del país).-

Medical Questionnaire.-

The activities in which you will be participating are challenging and will require a reasonable level of fitness, strength and endurance. It is your responsibility to ensure that you have the appropriate level of fitness. These activities are not recommended for those with major disabilities, illnesses or infirmities. If you have any questions regarding your ability to participate, please consult your doctor to ensure that you are sufficiently fit and healthy. You should take into account that medical and other facilities in our destinies are likely to be inferior to those of Montevideo (Capital of the Country).-

¿Tiene antecedentes de las siguientes condiciones? <i>Do you have a history of the following conditions?</i>	Si Yes	No
Enfermedades cardíacas o circulatorias, angina o ataque cardíaco / <i>Heart or circulatory disease, angina or heart attack</i>		
Hipertensión / <i>Raised blood pressure</i>		
Enfermedades respiratorias / <i>Respiratory disease</i>		
Asma, fiebre del heno / <i>Asthma, Hay Fever</i>		
Epilepsia / <i>Epilepsy</i>		
Diabetes / <i>Diabetes</i>		
Lesiones lumbares, espalda / <i>Back injuries</i>		
Lesiones en articulaciones, dislocaciones / <i>Joint or dislocation injuries</i>		
Insolación o deshidratación severa / <i>Heat-stroke or severe dehydration</i>		
Desmayos o pérdida de conocimiento / <i>Faint or blackout spells</i>		
Desórdenes sanguíneos o de coagulación / <i>Bloor or bleeding disorders</i>		
¿Está actualmente bajo tratamiento médico? / <i>Are you currently being treated for a medical condition?</i>		
¿Está embarazada? / <i>Are you pregnant?</i>		
Por favor, liste los medicamentos que toma regularmente: / <i>Please list any medications you take regularly:</i>		
Requisitos de dieta (ej.: vegetariano): / <i>Dietary requirements (e.g. vegetarianism):</i>		
Especifique cualquier alergia (insectos, medicamentos, comidas): / <i>Please specify any allergies (insects, medications, food):</i>		
¿Otra información que pudiera ser útil? / <i>Other information that might be useful?</i>		

Asunción riesgos y descargo.-

Comprendo que existen riesgos inherentes de lesiones severas e incluso muerte, relacionados con las actividades de ecoturismo o agroturismo. Por la presente, en el sentido legal, libero a COETU, EcoTours Uruguay, sus empleados, funcionarios, agentes, cesionarios, voluntarios y/o administradores de cualquier reclamación, juicio o demanda por mí, mis herederos o cesionarios, relacionados con todos y cualesquiera de los daños o pérdidas que pudieran ocurrir relacionados a mi participación en cualquiera de las actividades de COETU o EcoTours Uruguay, aún por negligencia de cualquiera de las partes, ya sea activa o pasiva.-

Asunción de responsabilidad.-

Comprendo que existen riesgos inherentes a las actividades de ecoturismo o agroturismo, como ser cabalgatas, excursiones de campo y/o avistamiento de ballenas o aves. Reconozco que parte de lo excitante de las actividades de ecoturismo deriva de participar de actividades y viajes con conceptos de seguridad y confort diferentes a los de la "vida diaria". Acepto que es mi total responsabilidad el participar en todas las sesiones de instrucción antes y durante el tour, y el entender cómo funcionan los equipos. Me comprometo a dejar inmediatamente de usar equipos que encuentre dañados o no funcionando correctamente. Asumo responsabilidad por mi propia conducta de seguridad así como también el rol de asegurar la seguridad de los que viajan conmigo.-

Tratamiento médico (descargo).-

En caso de necesidad de tratamiento médico relacionado con cualquiera de las actividades de COETU, EcoTours Uruguay o los transportes relacionados, y de no contarse con la autorización necesaria en un tiempo razonable, autorizo tratamiento médico apropiado según lo juzgado por personal de emergencia, un médico, o la institución que provee el tratamiento.-

Tratamientos (descargo).-

En caso de una emergencia, autorizo a la siguiente persona que no viaja conmigo en la actividad de COETU, EcoTours Uruguay, a ser contactada y ASUMIR RESPONSABILIDAD POR MI EN CASO DE UNA EMERGENCIA que derive en la incapacidad de comunicarme o de tomar decisiones competentes.-

NOMBRE: / NAME:			PARENTESCO: / RELATIONSHIP:
DIRECCION: / ADDRESS:			
CIUDAD: / CUTY:	DEPARTAMENTO:/ESTADO: / STATE:	C.P.: / ZIP: / POSTAL CODE:	PAÍS: / COUNTRY:
TEL. DÍA: / DAY PHONE:	TEL. NOCHE: / NIGHT PHONE:	CELULAR: / MOBILE:	FAX: / FAX:
E-MAIL:			

Certifico a COETU, EcoTours Uruguay que soy total y únicamente responsable por mis condiciones médica, psicológica y física durante la duración de la actividad con COETU, EcoTours Uruguay. Desconozco cualquier problema médico, psicológico o físico que pudiera, de cualquier forma, impedir mi habilidad de participar con seguridad de esta actividad. Si cualquier problema médico, psicológico o físico surgiera durante la actividad con COETU, EcoTours Uruguay, soy total y únicamente responsable de los gastos y costos financieros relacionados a la obtención de cualquier y toda atención médica, psicológica y física que pudiese necesitar. Soy total y únicamente responsable de contar con un seguro adecuado que cubra estos gastos, que incluya, pero no se limite a, adecuada cobertura de costos y gastos por cancelación, evacuación, pérdida o daño de equipaje, interrupción del viaje, accidente o enfermedad durante el viaje, y cobertura médica.-

Assumption of Risk and Waiver.-

I understand that there are inherent risks of serious injury or even death possible with ecotourism or agro tourism activities. I hereby, intending to be legally bound, for myself, my heirs, and assigns, executors and administrators, waive and release forever any and all liability, and all claims for damages against COETU, EcoTours Uruguay, administrators, volunteers, and/or employees for any and all injuries and/or losses I/my son/my daughter/my ward may sustain associated with participation in COETU, EcoTours Uruguay's activities.-

Assumption of responsibility.-

I understand that there are inherent risks in ecotourism activities, such as horse trailing, hiking and/or whale or bird watching. I acknowledge that part of the enjoyment and excitement of ecotourism or agro tourism activities is derived from participating in travel and activities with concepts of safety and comfort different from those of "everyday" life. I agree that it is my personal responsibility to fully participate in all instructional sessions before and during the tour, and to understand how the equipment works. I agree to immediately stop using the equipment if found to be damaged or not function properly. I assume responsibility for my own safe behaviour, as well as a role in insuring the safety of those with whom I travel.-

Medical Treatment Release.-

If medical care is required for me in conjunction with any COETU, EcoTours Uruguay's activity or related transportation, and if normal permission is not available in a timely manner, the undersigned authorizes appropriate medical care as deemed necessary by emergency medical personnel, a physician, or the medical facility providing treatment.-

Treatment Release.-

In case of an emergency, I hereby authorize the following individual not travelling with me on COETU, EcoTours Uruguay's activities to be contacted and ASSUME RESPONSIBILITY FOR ME IN CASE OF AN EMERGENCY that renders me incapable of communication or making competent decisions.-

I hereby certify to COETU, EcoTours Uruguay that I am solely responsible for my medical, psychological and physical condition for the duration of my tour with COETU, EcoTours Uruguay. I am unaware of any medical, psychological and physical problems that would, in any way, impair my ability to safely participate in this tour. Should any medical, psychological or physical problems arise during the course of my tour with COETU, EcoTours Uruguay, I am solely responsible for financial costs and expenses related to obtaining any and all medical, psychological and physical care that I may need. I am solely responsible for having adequate insurance coverage for any such care, including, but not limited to, adequate insurance coverage for the costs and expenses of trip cancellation, evacuation, baggage loss or damage, trip interruption, travel accident/sickness, and medical care.-

ACLARACIÓN: / NAME:	FIRMA: / SIGNATURE:
DOCUMENTO: / PASAPORTE: / PASSPORT:	
PADRE, MADRE O TUTOR (SI MENOR DE 18 AÑOS): / PARENT/GUARDIAN (IF UNDER 18 YEARS OLD):	FIRMA: / SIGNATURE:
DOCUMENTO: / PASAPORTE: / PASSPORT:	