

INFORMACIÓN PERSONAL

Datos del Programa, Excursión o Expedición contratado

Nombre del programa

CABALGATA DE LOS ANDES

Destino

CORDILLERA DE LOS ANDES

FECHA ____/____/____

(Colocar la fecha de inicio del Programa)

APELLIDOS _____

NOMBRES _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

EDAD _____

NACIONALIDAD _____

PAÍS DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

E-MAIL _____

SEXO Hombre Mujer

CÓDIGO POSTAL _____

PROFESIÓN _____

ESTADO - PROVINCIA _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____

CIUDAD _____

PAÍS _____

Nuestros viajes de aventura, ecoturismo y/o descubrimiento requieren la solicitud de cierta información personal obligatoria, por lo tanto cada integrante del mismo deberá completar una serie de datos en el presente formulario de información personal y entregarlo.

El plazo de entrega del mismo es de 20 días antes de la partida y/o comienzo de la expedición.

Todos los programas se ofrecen con guías bilingües (INGLÉS), por lo cual solicitamos que se haga una aclaración del idioma que habla el solicitante.

Estos datos deben ser completados de la misma manera en la que figuran en sus documentos de viaje.

Por favor utilice letra clara, mayúscula imprenta.

EXPLORA PARQUES se reserva el derecho de realizar fotografías y/o filmaciones pudiendo utilizar el material con fines promocionales de la compañía. Por su parte, el participante se compromete a cumplir con toda norma y reglamento de **EXPLORA PARQUES** durante su participación en esta actividad y respecto de la propiedad de **EXPLORA PARQUES**.

EXTRANJEROS

NÚMERO DE PASAPORTE _____
(Passport number)

EMITIDO EL _____
(Date of issue)

EXTENDIDO EN _____
(Passport issued in)

VENCE EL _____
(Date of expiry)

* La información requerida en el formulario solo tienen fines y propósitos netamente concernientes a la expedición. Somos los únicos propietarios de la información obtenida y ésta no será vendida ni comercializada con terceros. Excepto que sea requerido por la ley, no se revelarán los datos personales de usuarios a terceros.

Es posible que nuestro personal tome fotografías o filme durante alguna de nuestras visitas, con fines promocionales para nuestra empresa. Si usted prefiere que su imagen no sea utilizada, por favor notifíquelo antes de la salida del viaje.

**#VosPodes
SerParte**

(+549) 264 5032008 / 264 5022552

www.exploraparques.com

info@exploraparques.com

OR: Parques EVT – Leg. 13994 – Disp. 1561

Mariano Moreno s/n Barreal – San Juan – Argentina

INFORMACIÓN MÉDICA

Usted debe llenar este formulario con la información médica completa antes de que aceptemos su reserva. Este documento tiene carácter de declaración jurada.

FICHA MÉDICA

En el interés de la seguridad personal del postulante y de otros miembros de esta expedición, por favor considere la descripción del programa cuidadosamente cuando complete esta Ficha Médica. Quisiéramos recibir esta ficha lo antes posible, para poder realizar su revisión de manera efectiva.

Por favor, marque en la columna apropiada.

Si responde SI, por favor describa en el reverso de esta ficha.

Tiene o alguna vez tuvo alguna de las siguientes lesiones o patologías _____

Alergias(*1)	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Lesiones de cintura, rodillas ó tobillos	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Lesiones de hombros, brazos o columna	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Luxaciones – Si responde SI, en qué articulación?	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Congelamiento total o parcial de algún miembro del cuerpo.	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Edema Cerebral o Pulmonar.	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Problemas respiratorios, (describir)	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Diabetes	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Enfermedades Cardíacas	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Lesiones en la cabeza, pérdida de conocimiento	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Epilepsia	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Convulsiones? Si la respuesta es SI, qué las provoca?	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Problemas gastrointestinales	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Hemorragias o enfermedades de la sangre	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Alta / Baja tensión arterial (describir)	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Hepatitis u otras enfermedades del hígado	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Es usted una persona friolenta?	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Está Usted embarazada?	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Está Usted bajo tratamiento médico?	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Toma algún medicamento? (*2)	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
¿Fuma? Si lo hace, ¿cuantos cigarrillos por día?	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
¿Posee alguna otra condición que pudiera afectar su salud?	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>

Cómo utilizamos la información

Sus respuestas proporcionarán a nuestros especialistas la información esencial para tomar las previsiones necesarias. Con este fin, si usted contesta "sí" a cualquier pregunta, por favor, haga una descripción lo más completo posible.

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

APELLIDOS _____

NOMBRES _____

EDAD _____

TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

RELACIÓN _____

SEGURO MEDICO _____

NOMBRE EN LA CREDENCIAL _____

NÚMERO _____

NOMBRE DE MÉDICO DE CABECERA _____

TELÉFONO DE CONTACTO _____

(*1) Si su respuesta es **SI**, liste en el reverso de esta ficha. Incluya alergias a picaduras de insectos, plantas, comidas y/o medicamentos. Todos los alérgicos deben traer sus propios medicamentos con una dosis extra y deben ser capaces de administrárselas a sí mismos.

Consultar condiciones generales de contratación en:

(*2) Por favor, liste los medicamentos con sus efectos colaterales.

Fecha de su última Vacunación Antitetánica ____/____/____

Utiliza Ud. lentes de contacto?

Chequeo Cardíaco: Indispensable para los postulantes de más de 35 años de edad con dos o más de los siguientes factores de riesgo:

Obesidad - Hipertensión – Alta presión - Inusual dolor en el pecho - Dificultad para respirar o palpitaciones - Enfermedad cardiovascular actual o pasada
Diabetes - Fumador de más de un paquete de cigarrillos por día - Historia familiar de enfermedades cardíacas (ataque cardíaco con menos de 55 años)
¿Tiene alto porcentaje de colesterol en sangre? - ¿Cómo describiría Usted su salud? ¿Cómo es su rutina de entrenamiento? Por favor descríbala

Preferencias Alimentarias: Hay algún alimento que no consuma o alguno que no sea de su agrado?

RESPONSABILIDADES Y RIESGOS

Por favor lea cuidadosamente.

En consideración de los servicios brindados por **EXPLORA PARQUES**, sus gerentes, guías, agentes y colaboradores, para el programa denominado **CABALGATA DE LOS ANDES** el abajo firmante entiende y acepta lo siguiente:

El abajo firmante, está en conocimiento de que **EXPLORA PARQUES** requiere que cada participante de sus programas, firme y entregue el formulario que se adjunta antes de que le sea permitido el sumarse al programa.

EXPLORA PARQUES ha tomado medidas razonables para proveerme del equipamiento apropiado y de personal capacitado para que yo pueda participar en el programa / actividad. **EXPLORA PARQUES** también considera importante que yo esté bien informado y preparado previo a mi participación en la actividad.

El abajo firmante entiende que esta actividad involucra ciertos riesgos. Estos riesgos son inherentes a la actividad y no se pueden eliminar sin destruir la naturaleza de la misma. Los mismos elementos que contribuyen al carácter único y particular de la actividad, pueden ser la causa de pérdida o daño de su equipo y pertenencias, lesiones accidentales, enfermedad, o en casos extremos, lesiones permanentes o aún la muerte.

Los riesgos inherentes a la actividad en la que participaré con **EXPLORA PARQUES** incluyen, aunque no están limitados, a los siguientes:

El Equipo provisto por **EXPLORA PARQUES** al pasajero es el siguiente: Animales silleros, montura o apero acorde a las condiciones geográficas en las cuales se realiza la Actividad, Alforjas o Maleta de montar (NO Impermeables), poncho o capa de Agua, Casco de seguridad*, Vajilla de Campaña (jarro, plato, tenedor, cuchillo y cuchara), colchoneta para pernocte y Carpa (1 cada 2 pasajeros).

*En caso de que el pasajero no quiera utilizar casco de seguridad, el mismo deberá dejarlo asentado.

Riesgos presentes en actividades que se desarrollan en zonas remotas y/o agrestes: Los participantes pueden estar expuestos a elevada altitud, a vientos fuertes, ríos caudalosos u otros cuerpos de agua, cruces de río difíciles, corrientes y aguas blancas, caída de piedras, temperaturas muy frías o muy calurosas, nieve y hielo, insectos y otros animales. Algunos peligros pueden no ser visibles o no estar marcados y el clima puede ser inestable e impredecible.

Riesgos relacionados con la toma de decisiones y conducta humana: Las decisiones son tomadas por los guías y participantes, basándose en percepciones y evaluaciones que por su naturaleza pueden ser imprecisas y sujetas a errores de juicio.

Riesgos relacionados a los traslados: Estos pueden ser a pie, a caballo, en embarcaciones de todo tipo o en vehículo motorizado, en caminos y sendas poco mantenidas o sin mantenimiento, y en condiciones climáticas desfavorables.

Riesgos relacionados a la ubicación geográfica: Las actividades se pueden desarrollar en zonas alejadas de centros asistenciales (hospitales, médicos, etc.) causando demoras en la evacuación y tratamiento de cualquier emergencia médica o enfermedad.

Riesgos relacionados con el equipo: que puede romperse, fallar o funcionar mal.

Riesgos asociados a la cocina y la vida de campamento: Las comidas se preparan en calentadores

Riesgos asociados a la cocina y la vida de campamento: Las comidas se preparan en calentadores portátiles o fogos abiertos que exponen a los participantes a quemaduras. El agua puede estar contaminada y puede tener que ser tratada para su consumo.



(+549) 264 5032008 / 264 5022552

www.exploraparques.com

info@exploraparques.com

OR: Parques EVT – Leg. 13994 – Disp. 1561

Mariano Moreno s/n Barreal – San Juan – Argentina

RESPONSABILIDADES Y RIESGOS

Por favor lea cuidadosamente.

Tiempo libre: Habrá momentos en que los participantes podrán tener tiempo de ocio o momentos en los cuales no estarán supervisados. En todo momento, supervisados o no, los participantes deberán asumir responsabilidad hacia su propia seguridad.

El abajo firmante entiende que la descripción de los riesgos incluida en este documento **NO es completa** y que pueden existir otros riesgos y peligros desconocidos o no anticipados.

El abajo firmante acepta asumir toda responsabilidad sobre las consecuencias que pueda traer la exposición, tanto hacia los riesgos aquí descriptos como hacia los que no lo están. Su participación en el programa de **EXPLORA PARQUES es voluntaria y nadie lo está obligando a participar, por ello elije libremente participar** aún conociendo los riesgos que involucra.

El abajo firmante ha consultado con su médico y/u otros profesionales de la medicina sobre su aptitud física para poder participar en el programa de **EXPLORA PARQUES**. En caso de que, por accidente o enfermedad se vea imposibilitado para comunicarse, autoriza y pide, se le proporcione la asistencia primaria, la asistencia médica necesaria, y acepta cubrir los costos de las mismas.

El abajo firmante entiende que esta asunción de riesgos y este documento están gobernados por las leyes de la Provincia de San Juan, República Argentina.

Queda terminantemente prohibido el consumo de cualquier sustancia que altere la percepción o las funciones motoras durante la realización de cualquiera de nuestros programas.

Aceptación de participación de un pasajero, acuerdo de comportamiento y políticas de expulsión de una actividad EVVL. El abajo firmante, está en conocimiento de que EXPLORA PARQUES requiere que cada participante de sus programas, firme y entregue este formulario que se adjunta antes de que le sea permitido el sumarse al programa. Todos los pasajeros confirman con su firma la lectura de este Contrato de Condiciones Generales y deben cumplir con todos los términos y condiciones de este Contrato y todas las "reglas" y "reglamentos", expresados por el representante de la empresa o guía a cargo del grupo.

La no obediencia de las pautas, el consumo de sustancias alucinógenas o estimulantes de cualquier tipo, el abandono voluntario del programa o el incumplimiento por parte del pasajero de las indicaciones del representante de la empresa o guía a cargo del grupo, puede acarrear la expulsión del pasajero de la actividad como forma de mantener la seguridad del resto de los participantes sin reclamo alguno por parte del pasajero y sin derecho a reembolso de ningún tipo.

El abajo firmante certifica que ha leído, entendido y aceptado los términos y condiciones establecidos en el presente documento.

Estos datos, representan la mayor cantidad de información disponible para este programa, y reemplazan toda información incluida en nuestro catálogo de productos, incluyendo, pero no limitándose en lo que se refiere a pecios e itinerarios. Si usted necesita información adicional de este, o cualquiera de nuestros programas, por favor contacte a nuestro agente.

**Este documento tiene carácter de declaración jurada.
Declaro haber leído, comprendido la información expresada, estar conforme
con la misma y haber completado los datos requeridos**

Firma

Aclaración

DNI

____/____/____
Fecha