

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL RETORNO A LAS CLASES DE LAS ESCUELAS DE FORMACIÓN LAGIM 2020

Yo \_\_\_\_\_ identificado(a) con C.C.  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, acudiente de  
\_\_\_\_\_ identificado(a) con T.I.  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ entiendo y acepto que debo cumplir  
con los requisitos y recomendaciones por la Liga Antioqueña de Gimnasia para la práctica  
del deporte. Asumo la responsabilidad del riesgo de contagio que conllevan los  
desplazamientos hacia el Coliseo de Gimnasia Jorge Hugo Giraldo para mí y mi familia.

Me han sido explicados todos los riesgos que asumo al realizar esta práctica deportiva  
presentado en el protocolo de bioseguridad de la Liga Antioqueña de Gimnasia y por lo  
tanto me comprometo a comunicar cualquier resultado confirmatorio de ser portador del  
virus.

Libero de responsabilidad al personal de la Liga Antioqueña de Gimnasia y al Instituto de  
Deportes y Recreación de Medellín – INDER Medellín ante el evento de que mi hijo(a) y/o  
cualquier miembro de mi familia sea diagnosticado con COVID-19, pues entiendo que su  
contagio pudo ser en cualquier momento, y en cualquier espacio.

El hecho de haber tenido una exposición previa al virus, no me libera de una reinfección,  
por lo que me comprometo a cumplir con todos los protocolos de seguridad de la Liga  
Antioqueña de Gimnasia.

Soy consciente que pese al cumplimiento de todos los protocolos de seguridad 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, gastrointestinales,  
neurológicos relacionados con el COVID-19 y en general aumento de probabilidad de las  
complicaciones de enfermedades pre existentes, así como las probables secuelas  
resultantes del padecimiento de la enfermedad.

Se me ha explicado que la decisión del regreso a las clases de las Escuelas de Formación  
es totalmente voluntaria, primando mi salud y la de mi entorno familiar.

Certifico que he entendido la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de la  
propuesta para mi retorno al entrenamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombres Completos y Firma:  
Tipo y No. de identificación:  
Celular o Teléfono de contacto:  
Correo Electrónico: