



REPUBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY
ESCUELA DE EQUITACION DEL EJERCITO "GRITO DE ASECIO"
CENTRO NACIONAL Y FOMENTO DE REHABILITACION ECUESTRE

FORMULARIO N°6 – REINGRESO A LA TERAPIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CONTEXTO EPIDEMIOLOGICO ACTUAL, CIRCULACION DE COVID-19

Con motivo del retorno a las actividades presenciales de la terapia en nuestro centro, en el contexto epidemiológico actual, se informa que será necesario para retomar la misma certificado del médico tratante que lo avale teniendo en cuenta los antecedentes patológicos de cada paciente.

Se recuerda que se conocen como factores con riesgo aumentado para las complicaciones de la infección por COVID-19: la inmunosupresión (inmunodeficiencias primarias y adquiridas, uso de inmunosupresores, etc), cardiopatías, neuropatías crónicas, enfermedad pulmonar crónica, miopatías y enfermedades crónicas no controladas como la diabetes, hipertensión arterial, entre otras.

La equinoterapia es una terapia que no siempre permite mantener el distanciamiento físico recomendado, así como no todos los alumnos tienen la capacidad de sostener las medidas de seguridad recomendadas, como por ejemplo el uso de tapabocas, o máscaras faciales.

Por el presente, dejo constancia que:

- comprendo lo antes expuesto,
- se iniciaron las gestiones pertinentes para acceder al certificado mencionado
- conociendo los riesgos, me hago responsable por la participación del alumno/a en actividades de Equinoterapia

Así mismo informamos que se dará estricto cumplimiento al protocolo del centro que se basa en las recomendaciones de las autoridades sanitarias pertinentes.

YO, (NOMBRE Y APELLIDO) _____

C.I. _____ (PARENTESCO) _____ me hago

responsable por la participación del alumno/a _____

en actividades de Equinoterapia, estando consciente de los beneficios de esta terapia, así como también de sus riesgos. Siendo así, exonero a la Escuela de Equitación del Ejercito, al Ce.Na.F.R.E., a su equipo interdisciplinario, sus profesores, funcionarios voluntarios y alumnos de los cursos de esta Escuela, de toda responsabilidad ante cualquier accidente que el practicante de Equinoterapia pueda sufrir durante la sesión.

Montevideo ____ de _____ del _____

Firma del responsable: _____

Aclaración: _____ C.I. _____