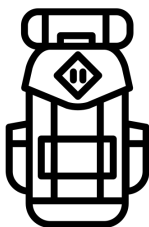


LISTA DE ARTÍCULOS PERSONALES

CANTIDAD	ARTÍCULO
2	Pantalones (mezclilla o de outdoors)
4	Camisetas
1	Camiseta Blanca
1	Sudadera
1	Chamarra
1	Gorro para el frío
1	Guantes de trabajo
1	Pants
1	Gorra
Diarias	Calcetas
Diarias	Ropa Interior
2 Pares	Tenis (cómodos para caminar)
1	Sleeping Bag
1	Cobija
1	Almohada
1	Cepillo
1	Cepillo de dientes
1	Crema Corporal
1	Desodorante
1	Pasta Dental
1	Jabón de Baño
1	Talco para Pies
1	Labello
1 Paquete	Toallitas Húmedas
1	Repelente para Insectos
1	Bloqueador
1	Bote para tomar agua
1	Plato (de plástico)
1	Plato Hondo (de plástico)
1	Vaso (de plástico)
1	Cubiertos
Diarios	Electrolit (o bebidas energéticas)
1	Linterna con Pilas
-	Medicinas Personales



Una mochila o maleta
que puedas cargar

Mochila pequeña (10L)
para el diario



EL PRESENTE DOCUMENTO ES UNA CARTA EXPLICATIVA SOBRE LAS PRECAUCIONES QUE SE HAN TOMADO PARA EL DIPLOMADO VIVENCIAL LIDEA

El diplomado vivencial de LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV. se compone de tres segmentos, el servicio y voluntariado con la comunidad, las actividades de crecimiento y desarrollo personal y las cápsulas de emprendimiento social o habilidades para el futuro. Los programas operados por el personal LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV tienen una gran variedad de actividades que frecuentemente incluyen - de manera enunciativa, más no limitativa - ejercicios físicos, dinámicas, problemáticas grupales, retos de pensamiento lógico y retos a nivel de piso.

Todas las actividades son presentadas bajo el principio “Reto Por Elección”. Esto significa que todos los participantes, por su voluntad y propios derechos, eligen su propio nivel de participación. Para LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV la seguridad es una alta prioridad en todos nuestros programas, sin embargo el participante puede estar expuesto a sufrir una lesión física de manera accidental o por no acatar las instrucciones de la actividad. Por lo tanto, éste asume con responsabilidad el reto.

Cada participante, para participar en los programas diseñados e implementados por el personal de LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV, debe contar con un seguro médico que cubra accidentes al 100% debido a la práctica de deportes. La información requerida en esta forma médica tiene la intención de ayudar al personal de apoyo del programa para identificar cualquier condición médica preexistente y, con ello, determinar si su estado físico le permite participar en alguna actividad. Por tal razón, se le pide conteste bajo protesta de decir verdad. Se le informa que en caso de tener una condición médica preexistente no será conveniente su participación en algunas actividades extremas.

LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV, con domicilio en Pico de Orizaba, 225, Colonia Urdiales, Monterrey, Nuevo León. es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección. Su información personal será utilizada para proveer los servicios que ha solicitado, informarle sobre cambios en los mismos y evaluar la calidad del servicio que le brindamos. Para las finalidades antes mencionadas, requerimos obtener los siguientes datos personales: Formato Medico, considerado como sensible según la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, las información que corresponde a nombres, fecha de nacimiento, celulares y mails.

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos que hemos implementado. Toda la información médica y de salud del participante se maneja de forma confidencial y sólo será compartida con su consentimiento.

FORMATO MÉDICO

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto lo siguiente:

Nombre: _____ Sexo: H ___ M ___
Fecha de nacimiento (día/mes/año): ___/___/___ Altura: _____ Peso: _____ Tipo de Sangre: _____

En caso de algún accidente, por favor indique a quién debemos contactar:

Nombre _____ Parentesco _____
Dirección _____
Teléfono de casa (___) _____ Oficina (___) _____ Teléfono celular (___) _____

Tengo seguro de gastos médicos que cubre accidentes: Sí ___ No ___

Nombre de la compañía _____

Teléfono de la compañía (___) _____ **No. De Póliza** _____

¿Ha participado en algún programa de educación experiencial?..... Sí ___ No ___

¿Ha tenido algún incidente médico que pueda limitar su participación?:..... Sí ___ No ___

Si su respuesta fue sí, identifica y explica:

¿Toma medicamentos con frecuencia?..... Sí ___ No ___

Si su respuesta fue sí, indique qué medicamento y bajo qué condiciones lo toma:

¿Tiene alergias o alguna reacción a algún medicamento o alimento?..... Sí ___ No ___

Si su respuesta fue sí, detalle:

Si es vegetariano/vegano, favor de indicar las restricciones:

HISTORIA MÉDICA

¿Sufre alguna de las siguientes afecciones o están presentes en su historial?:

Antecedentes cardiacos ___ Hipertensión ___ Ataques epilépticos ___

Si marcó alguna de las anteriores, favor de proveer más información:



FACTORES ADICIONALES

Tiene diabetes: Sí ____ No ____

Si su respuesta fue sí, por favor indique si es dependiente de la insulina o no: _____

Tiene alguna fobia: Sí ____ No ____ Especifique cuál o cuáles: _____

Por favor indique qué enunciado describe mejor la frecuencia con que hace ejercicio:

Poco o casi nunca ____

Ocasionalmente, 1 ó 2 veces por semana ____

Muy frecuentemente (20 minutos diarios o 3 veces por semana) ____

¿Fuma? Sí ____ No ____ ¿Dejó de fumar? Sí ____ No ____

Si su respuesta fue sí, hace cuánto dejó de fumar: _____

¿Tiene problemas en la columna, escoliosis, lordosis?..... Sí ____ No ____

¿Has tenido Covid-19? Sí ____ No ____

¿Actualmente te encuentras vacunado? Sí ____ No ____

¿Has tenido síntomas los últimos 5 días del Covid-19? Sí ____ No ____

¿Has tenido contacto con algún contagiado los últimos 5 días del Covid-19? Sí ____ No ____

SOBRE CONSULTA MÉDICA

Si marcó afirmativamente alguna de las opciones de la segunda parte (Historia Médica) de este cuestionario, le recomendamos consultar con su médico la posibilidad de participar en el programa operado por LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV. Asimismo, si usted tiene tres o más de los factores de riesgo, previsto en Factores Adicionales, es conveniente consultar con su médico el participar en alguna actividad de LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV, puesto que, de tener en su historial médico, algún problema cardíaco, dolor en el pecho, hipertensión, diabetes, ser o haber sido fumador, sufrir de sobrepeso y/o tener una edad mayor a 45 años, se reconocen como condiciones para considerarlo una persona con riesgos cardíacos.

“Reconozco que marqué alguna condición física en la segunda parte y consulté a mi médico”:
Sí ____ No ____

Si su respuesta fue sí, marque la descripción más apropiada:

He sido aconsejado que puedo participar en todo el Programa sin ninguna limitación..... ____

He sido aconsejado que no podría participar en el Programa..... ____

He sido aconsejado que puedo participar en el programa, pero podría evitar participar en algunas actividades..... ____

Por favor detalla qué actividades: _____

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDADES

Manifiesto que entiendo toda la información, tanto general como médica, que contiene este documento. Asimismo, admito que la información proporcionada es actual, completa y veraz. Entiendo que ocultar información podrá afectar mi propia seguridad y la de mis compañeros. Estoy de acuerdo en mantener a LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV libre de toda responsabilidad respecto toda condición física y médica preexistente y por toda condición física y médica no expuesta en esta forma. En caso de enfermedad o accidente, doy consentimiento a LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV para recibir cuidados de primeros auxilios, hospitalización u otros tratamientos que puedan ser necesarios, así como a reembolsarle la totalidad de las erogaciones que, en su caso, hubiere efectuado para tal efecto, ya sea con mi patrimonio o con el de mis padres.

Entiendo y acepto que algunas actividades del DIPLOMADO LIDEA del año 2022 pueden ser físicas y emocionalmente demandantes, así como pueden comprender riesgos, así mismo el traslado. Estoy de acuerdo en seguir todas las instrucciones dadas por los organizadores, facilitadores y/o instructores durante el programa. Reconozco y acepto el riesgo que implican las actividades del programa y reconozco el riesgo de que pueda sufrir algún accidente y/o deceso que podría resultar de su participación en las actividades. En virtud de lo anterior, deslindo a LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV así como a sus organizadores, facilitadores, instructores, directivos y consejeros, de cualquier enfermedad (incluyendo el Covid-19) o accidente que pudiera ocurrirme durante mi participación en las actividades del programa, además de otros sucesos que llegara a presentarse relacionado directa o indirectamente con la enseñanza o práctica de la actividad formativa y sus modalidades, aún los ajenos a la propia voluntad y control de dicha asociación, a excepción de algún ataque físico con alevosía, premeditación y ventaja de algún instructor o participante.

Dada las circunstancias provocadas por la pandemia en la que nos encontramos actualmente, estoy consciente de las consecuencias que podrían llegar a ocurrir conforme al tipo de convivencia que se lleva a cabo en el diplomado. Tomando eso en consideración, respetaré las medidas necesarias que se tomarán antes y durante el mismo para evitar contagios del Covid-19. Estoy de acuerdo que la medida de protección de LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV ante el Covid-19 para este diplomado sea que todos los participantes (incluyendome a mi) y organizadores nos encontremos vacunados ante este virus.

Cedo a LIDEA Y MUSGX POR MÉXICO SA de CV los derechos de uso, reproducción y distribución de fotografías y videos grabados en donde aparezca.

Firmo de conformidad:

Nombre y firma del participante