

## Protocolo de Seguridad en Terreno

Preparado por Luisa Pinto<sup>1</sup>, Aranzazú Bulnes<sup>1</sup> y Héctor Agusto<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Geología, FCFM, Universidad de Chile

<sup>2</sup> Escuela de Ingeniería, FCFM, Universidad de Chile

El que suscribe,

Nombre: \_\_\_\_\_

Declaro:

1. Que asisto a la salida a terreno:

- Al sector de: \_\_\_\_\_
- El día (los días) \_\_\_\_\_
- Relacionado al curso (los cursos) \_\_\_\_\_
- A cargo del profesor(a/e)(s) \_\_\_\_\_

2. Haber recibido de parte del Departamento de Geología de la Universidad de Chile, la “**Guía de Normas y Conductas de Seguridad en Terreno**” y me doy por informado de los peligros y precauciones que debo tomar por mi seguridad y la de mis compañeros y profesor(es).

3. Haber entregado datos fidedignos en mi “**Ficha Personal de Verificación de Estado de Salud**”.

4. Comprometerme a respetar las instrucciones e indicaciones impartidas por el profesor a cargo de la práctica de terreno.

5. Liberar voluntaria e irrevocablemente a la Universidad de Chile de toda responsabilidad por enfermedades previas y/o accidentes que pudiere llegar a sufrir durante el desarrollo de la práctica de terreno y que se produzcan por mi negligencia frente a los peligros mencionados en la Guía de Normas y Conductas de Seguridad de Terreno.

Firma: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Ficha personal de Verificación de Estado de Salud**

Estimado Estudiante: Agradecemos contestar SI/NO con una cruz si Ud. ha presentado/presenta alguna de las siguientes patologías /condiciones que son factores de riesgo

Ha presentado	SI	NO
Epilepsia		
Hipertensión Arterial No Controlada Angina de pecho (dolor de pecho)		
Infarto al Corazón		
Asma, enfisema		
Trombosis o derrames cerebrales		
Insuficiencia renal o transplante de riñón		
Enfermedad Vascular de las extremidades		
Enfermedades Psiquiátricas severas		
Problemas al hígado (Insuf. Hepática, cirrosis)		
Trastornos Neurobiológicos (parkinson, vértigo)		
Molestias cuando estuve anteriormente en alturas sobre los 1500 msnm		
Otra(s) enfermedad(es) que pueden entorpecer mis actividades de terreno:		
Presenta	SI	NO
Obesidad Mórbida (I.M.C. mayor a 35)		
Embarazo con síntomas de pérdida o de más de seis meses		
Enfermedades respiratorias agudas		
Tratamiento con psicofármacos		
Consumo no controlado de vasodilatadores, por ejemplo, Actebral, Trental, Viagra, Nimodipino, otros		
Trastornos del equilibrio. Otitis media aguda		

**IMPORTANTE:** Si alguna de sus respuestas es Sí, realizar la práctica de terreno supone un alto riesgo para su salud, por lo que NO RECOMENDAMOS su participación. Si decide ingresar lo hará bajo su responsabilidad.

Datos específicos	SI	NO
Mi grupo de sangre es :		
Tengo la siguiente enfermedad tratada :		
Uso los siguientes medicamentos :		
Soy alérgico a los siguientes medicamentos :		
Declaro conocer las bases del Seguro Escolar que me protege en caso de accidente		
En caso de responder negativamente a la pregunta anterior solicite información al profesor a cargo del D.S. 313 sobre Seguro Escolar		
Declaro querer usar el Seguro Escolar en caso de accidente durante la práctica de terreno		
Renuncio al Seguro Escolar, y solicito que me trasladen a la siguiente institución médica en caso de sufrir un accidente :		
En caso de emergencia avisar a: Nombre:	Teléfono:	
Otras observaciones:		

\*Los datos recopilados en esta ficha son de carácter confidencial y solo serán usados en caso de accidente del estudiante involucrado.