DECLARACIÓN JURADA DE RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL
RUTAS PATRIMONIALES – COMUNA DE CABO DE HORNOS/ *SWORN STATEMENT OF INDIVIDUAL RESPONSIBILITY HERITAGE ROUTES – CAPE HORN COMMUNE*

Yo */ I,* _____ N° Pasaporte o RUT*/ Passport No. / ID*: _____, declaro bajo juramento que la información entregada en este documento es fidedigna y tiene por finalidad garantizar mi seguridad durante la realización de la Ruta Patrimonial _____, uno de los circuitos de trekking más australes, aislados y climáticamente exigentes del mundo. */ declare under oath that the information provided in this document is truthful and is intended to guarantee my safety during the realization of the Heritage Route _____, one of the southernmost, most isolated and climatically demanding trekking circuits in the world.*

1. PLANIFICACIÓN DE LA EXPEDICIÓN/ EXPEDITION PLANNING

- Duración total de la expedición/ *total duration of the expedition:* _____ días/ *days.*
- Fecha de inicio expedición*/ Expedition start date:* ____/____/____
- Fecha de término expedición*/ Expedition end date:* ____/____/____

Itinerario previsto (fechas y campamentos)/ *Planned intinerary (dates and camps):*

Día 1 Tramo: _____ Sector de pernocte: _____
*Day 1 Section:*_____ *Overnight sector:* _____

Día 2 Tramo: _____ Sector de pernocte: _____
Day 2 Section: _____ *Overnight sector:* _____

Día 3 Tramo: _____ Sector de pernocte: _____
Day 3 Section: _____ *Overnight sector:* _____

Día 4 Tramo: _____ Sector de pernocte: _____
Day 4 Section: _____ *Overnight sector:* _____

Día 5 Tramo: _____ Sector de pernocte: _____
Day 5 Section: _____ *Overnight sector:* _____

¿Viaja acompañado? / *Are you traveling with someone?*
☐ Si / Yes
☐ No

En caso afirmativo, indicar nombres de los acompañantes/ *if yes, please indicate the names of the accompanying persons* _____
_____

¿Realiza Trekking con Guía Turístico? / *Are you going to do the trek accompanied by a tour guide?*

- ☐ Si / Yes
- ☐ No

En caso afirmativo, indicar el nombre de la empresa y del guía / *if yes, please indicate the name of the Company and the guide* _____

2. IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL/ *INDIVIDUAL IDENTIFICATION*

2.1 DATOS PERSONALES / *PERSONAL DATA*

Nombre Completo / *Full name:* _____
Nacionalidad */Nationality* _____ Región y/o Comuna (*Región and/or Commune):* _____
Fecha de Nacimiento/ *Birthdate:* _____/_____/_____
N° C.I o Pasaporte/ *Passport No. /ID:* _____
Teléfono/ *Phone number:* _____
E- mail/ *Email:* _____
Lugar de alojamiento (Nombre y Dirección) /*Place of Accommodation (Name and Address):*
_____

2.2 CONTACTO DE EMERGENCIA / *EMERGENCY CONTACT*

Contacto de emergencia en caso de accidente / *Emergency contact in case of accident.*
Nombre /*Name*:_____ Nacionalidad/*Nationality:* _____
Teléfono / *Phone number:* _____ E-mail / *Email*_____

2.3 INFORMACIÓN MÉDICA / *MEDICAL INFORMATION*

Peso (Kg) / *Weight (Kg):* _____Estatura / *Height:* _____

¿Posee una condición médica? / *Do you have a medical condition?*

- ☐ Si / *Yes*
- ☐ No

Nombre de la enfermedad / *Name of the disease*_____

Ejemplos relevantes: Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, Asma / EPOC, Epilepsia, Cardiopatía, Trastornos psiquiátricos, Alergias severas, Enfermedades autoinmunes. / *Relevant examples: High blood pressure, Diabetes mellitus, Asthma / COPD, Epilepsy, Heart disease, Psychiatric disorders, Severe allergies, Autoimmune diseases.*

¿Consume medicamentos actualmente? / *Are you currently taking any medications?*
☐ Si / *Yes*
☐ No

Nombre del medicamento/ *name of the medication:* _____
Dosis/ *dose:* _____
Frecuencia/ *Frequency:* _____

Declaro de acuerdo a mi condición médica que cuento con medicamentos para / *I declare, according to my medical condition, that I have enough medication for:* ____días/ *days.*

¿Presenta alergias? *Do you have any allergies?*
☐ Si / Yes
☐ No presento alergias conocidas / No known allergies

En caso afirmativo, señale a que es alérgico/ If yes, please indicate what you are allergic to.
_____

Porto autoinyector de adrenalina (si corresponde) / *Adrenaline auto – injector (if applicable)*
☐ Si / *Yes*
☐ No

¿Posee alteraciones musculoesqueléticas (tendinitis, esguinces, fracturas, lesión de rodilla, hernia lumbar, inestabilidad de tobillo etc)? / *Do you have any musculoskeletal disorders (Tendinitis, sprains, fractures, knee injury, lumbar hernia, ankle instability, etc)? :*
☐ Si / *Yes*
☐ No

En caso afirmativo señale el nombre de la alteración musculoesqueléticas / *If yes, please indicate the name of the musculoskeletal disorder:* _____

¿Posee antecedentes de intervención quirúrgica relevante? / *Do you have a history of relevant surgical intervention?*
☐ Si / *Yes*
☐ No

En caso afirmativo, indique que intervención ha tenido y si presenta alguna limitación para realizar el trekking / *If yes, please indicate what kind of surgery and whether it limits your ability to go trekking:* _____

2.4 INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO/ *HEALTH INSURANCE INFORMATION*

Previsión de salud (Fonasa o Isapre) / *Health insurance (Fonasa or Isapre):* _____

Seguro médico internacional o de viaje con cobertura de evacuación aérea o marítima desde zonas remotas o extremas. (Solo si posee seguro) / *Internacional medical or travel insurance with coverage for air or sea evacuation from remote or extreme areas. (Only if you have insurance)*

Nombre de la aseguradora / *Name of the insurance company*: _____
N. ° de póliza / *Policy number:* _____ N° de Teléfono aseguradora/ *Insurance company phone number:* _____

3. CAPACITACIONES DE PRIMEROS AUXILIOS / *FIRST AID TRAINING*

Declaro que (marcar lo que corresponda) / *I declare that (check as appropiate):*

☐ Poseo Curso vigente WFR (Wilderness First Responder) / *I have a valid WFR course (Wilderness First Responder). N° de certificación* / Certification number: _____
☐ Poseo Curso WAFA / *I have a valid WAFA course. N° de certificación / Certification number:*_____
☐ Otro curso / *Another course:*_____
☐ No poseo formación formal en primeros auxilios / *I have no formal training in first aid.*
☐ Poseo botiquín de primeros auxilios que contiene al menos los siguientes componentes mínimos: Analgésicos, vendajes, manta térmica, sistema de inmovilización básico, antisépticos, etc. / *I have a first aid kit that contains at least the following mínimum components: Analgesics, bandages, thermal blanket, basic immobilization system, antiseptics, etc.*

4. COMUNICACIÓN EN ZONA REMOTA / *COMMUNICATION IN REMOTE AREAS*

Importante: La cobertura satelital en los celulares de Entel – Starlink (Direct to cell) funciona siempre y cuando los celulares sean compatibles con la tecnología satelital *Starlink / Important: Satellite coverage on Entel cell phones –Starlink (Direct to cell) only works if the cell phones are compatible with Starlink satellite technology.*

Declaro que poseo los siguientes medios (marcar lo que corresponda) / *I declare that I possess the following means (check as appropriate):*

☐ Poseo teléfono satelital (no incluye señal satelital Entel/ Starlink) */ I have Satellite phone (does not include Entel / Starlink satellite signal).*
☐ Poseo GPS (o similar con inReach, SOS activo) */ I have GPS (or similar with inReach, active SOS)* / Indique cual / *Please specify which*_____Enlace de seguimiento / *Tracking link:* _____
☐ Poseo Radio VHF/ *I have VHF radio.*
☐ Poseo Baterías adicionales / *I have extra batteries.*
☐ Poseo Brújula / *I have compass.*
☐ Poseo Mapa impreso de la ruta / *I have a printed map of the route.*
☐ Otro medio / *Another means:* _____

5. NIVEL DE EXPERIENCIA / *EXPERIENCE LEVEL*

Circuitos de Trekking realizados y lugar / *Trekking routes completed and location:* _____

6. EQUIPAMIENTO PERSONAL Y AUTOSUFICIENCIA / *PERSONAL EQUIPMENT AND SELF - SUFFICIENCY*

Declaro que cuento con el siguiente equipo mínimo obligatorio para realizar esta ruta en condiciones seguras **(para mayor seguridad se solicitará especificar el color del equipamiento) /** *I declare that I have the following minimum mandatory equipment to complete this route safely* ***(for greater security, please specify the color of your equipment)****:*

☐ Carpa 4 estaciones o resistente a vientos fuertes / *4- Season or strong wind resistant tent.* **Color:** _____
☐ Chaqueta impermeable / *Waterproof jacket.* **Color:** _____
☐ Mochila de trekking / *Trekking backpack.* **Color:** _____
☐ Cubre mochila / *Waterproof backpack cover.* **Color:** _____
☐ Saco de dormir -5°C o inferior / *Sleeping bag – 5° C or lower* **Color:** _____
☐ Colchoneta / *mat.* **Color:** _____
☐ Guantes térmicos / *Thermal Gloves.* **Color:** _____
☐ Gorro/ *Hat.* **Color:** _____
☐ Polerón de polar/ *Fleece sweatshirt.* **Color:** _____
☐ Primera capa térmica / *Thermal base layer.*
☐ Calzado de trekking caña alta / *High – top trekking shoes.*
☐ Linterna frontal / *Headlamp.*
☐ Ropa de cambio / *Spare clothing.*
☐ Bastones de trekking / *Trekking poles.* **Color:** _____
☐ Cocinilla y gas / *Camping stove and gas.*
☐ Lentes de sol UV / *UV sunglasses.*

☐ Bloqueador solar / *Sunscreen.*
☐ Botas impermeables adicionales (opcional) / *Additional Waterproof boots (optional)*
☐ Filtro de agua o pastillas potabilizadoras / *Water filer or purification tablets.*
☐ Tubo o bolsas porta deposiciones / *Poop tube.*
☐ Poseo sábana térmica de aluminio / *Mylar thermal blanket foil.*

7. ALIMENTACIÓN / *FOOD*

- Declaro que cuento con ración de comida para / *I declare that I have enough food for* _____días/ *days.*
- Declaro que cuento con hidratación para / *I declare that I have hydration for*_____ días/*days.*
- Declaro que cuento con hidratación y raciones de comida extra para / *I declare that I have* ***extra*** *hydration and food rations for*_____ días/*days.*

8. DECLARACIÓN DE SALUD / *HEALTH DECLARATION*

Declaro que / *I declare that:*

- Me encuentro en condiciones óptimas de salud física y psicológica, compatibles con la realización de actividades de trekking prolongado en ambiente subantartico extremo. / *I am in optimal physical and psychological Health, compatible with carrying out prolonged trekking activities in an extreme subantarctic environment.*

- Me encuentro en conocimiento que la evacuación médica está sujeta a las condiciones climáticas y disponibilidad de los medios para realizar esta acción. / *I am aware that medical evacuation is subject to weather conditions and the availability of the means to carry out this action.*

- Asumo que una eventual evacuación puede implicar costos económicos significativos si no cuento con cobertura (Fonasa, Isapre, Seguro médico internacional o de viaje). / *I assume that a possible evacuation could involve significant economic costs if I do not have coverage (Fonasa, Isapre, International or travel Health Insurance).*

9. DECLARACIÓN DE RIESGOS Y RESPONSABILIDAD / *RISK AND LIABILITY STATEMENT*

Declaro haber sido informado/a que / *I declare that I have been informed that:*

- Las rutas patrimoniales se encuentran en una zona aislada, sin señal telefónica, sin refugios, sin patrullajes permanentes y expuesta a cambios climáticos impredecibles. / *The heritage routes are in an isolated area, with no telephone signal, no shelters, no permanent patrols and exposed to unpredictable weather changes.*

- Asumo voluntariamente todos los riesgos inherentes a esta actividad, incluyendo lesiones, extravío, hipotermia, accidentes por clima extremo y cualquier situación derivada de mi decisión de realizar el trekking. / *I voluntarily assume all risks inherent in this activity, including injuries, getting lost, hypothermia, accidents due to extreme weather and any situation arising from my decision to undertake the trek.*

- Me comprometo a respetar las normativas ambientales, tales como, transitar solo por los senderos autorizados, respetar las señaléticas, no llevar mascotas, no botar basura, no fumar, no alimentar fauna nativa y buenas prácticas para la protección del ecosistema Subantártico. / *I commit to respecting environmental regulations, such as traveling only on authorized trails, respecting signs, not bringing pets, not littering, not smoking, not feeding native wildlife, and good practices for the protection of the Subantarctic ecosystem.*

- Reconozco que provocar un incendio, incluso por negligencia o imprudencia es un delito conforme a la Ley N°20.653, está estrictamente **Prohibido hacer fuego o encender fogatas a lo largo de todo el recorrido de la Ruta Patrimonial Dientes de Navarino.** Declaro que utilizare exclusivamente cocinillas sobre terreno estable, alejado de vegetación y protegido de viento. / *I acknowledge that starting a fire, even through negligence or recklessness, is a crime under Law No. 20.653. It is strictly prohibited to light fires or campfires along the entire Dientes de Navarino Heritage Route. I declare that I will use only cooking stoves on stable ground, away from vegetation and protected from the wind.*

- Me comprometo a no realizar excavaciones de carácter arqueológico, antropológico o paleontológico, sin previa autorización del Consejo de Monumentos Nacionales, a denuciar en los canales correspondientes el hallazgo de estos elementos. Declaro conocer que conforme la Ley N°17.288, sobre Monumentos Nacionales, que la apropiación de un Monumento Nacional, constitutiva de los delitos de usurpación. / *I undertake not to carry out any archaeological, anthropological, or paleontological excavations without prior authorization from the National Monuments Council, and to report any discovery of such items through the appropriate channels. I acknowledge that, according to Law No. 17,288 on National Monuments, the appropriation of a National Monument constitutes the crime of usurpation.*

- He investigado las condiciones meteorológicas actuales y pronosticadas para el periodo de realización de la ruta. / *I have researched the current and forecasted weather conditions for the period of the route.*

- Conozco las características del terreno, riesgos asociados (turberas, nieve, fuertes vientos, baja visibilidad, pasos de alta montaña, entre hitos, bajas temperaturas, alto nivel de radiación UV) y la ausencia total de refugios o puntos de abastecimiento. / *I know the characteristics of the terrain, associated risks (peat bogs, snow, strong winds,*

low visibility, high mountain passes, between landmarks, low temperatures, high UV radiation levels) and the total absence of shelters or supply points.

- Estoy en conocimiento que no existe cobertura sanitaria inmediata en la Ruta Patrimonial Dientes de Navarino. / *I am aware that there is no immediate health coverage on the Dientes de Navarino Heritage Route.*

- Estoy en conocimiento que los Centros Asistenciales más cercano corresponden al Hospital Comunitario de Puerto Williams Cristina Calderón y al Hospital Naval, los cuales cuentan con una capacidad resolutiva limitada, asimismo comprendo que de ser necesario podría requerirse una aeroevacuación hacia la Ciudad de Punta Arenas, procedimiento que estará sujeto a las condiciones climáticas tanto vía aérea como marítima. / *I am aware that the nearest healthcare facilities are the Cristina Calderón Community Hospital in Puerto Williams and the Naval Hospital, both of which have limited capacity. I also understand that if an air evacuation to the city of Punta Arenas is necessary, the procedure will be subject to weather conditions for both air and sea travel.*

- Conozco el procedimiento de activación de rescate (Armada de Chile, Carabineros, Canal VHF correspondiente) / *I know the rescue activation procedure (Chilean Navy, Carabineros, corresponding VHF Channel).*

- Conozco los tiempos de activación de respuesta, considerando cantidad de horas e incluso días, sujeto a condiciones climáticas / *I know the response activation times, considering the number of hours and even days, subject to weather conditions.*

10. FIRMA Y ACEPTACIÓN / SIGNATURE AND ACCEPTANCE

Declaro que la información proporcionada es verídica y que asumo total responsabilidad por mi seguridad durante el desarrollo de la expedición. / *I declare that the information provided is truthful and that I assume full responsibility for my safety during the expedition.*

Firma / *Signature:* _____

Fecha / *Date:* ____ / ____ / ____