

CARTA RESPONSIVA

Ciudad de México, a ____ de julio de 2020.

CLUB ESPAÑA, A. C.
H. CONSEJO DIRECTIVO.
P R E S E N T E :

En mi calidad de Asociado del Club España, A. C., manifiesto por este medio que he sido informado con claridad acerca de los procedimientos, y medidas sanitarias que se han implementado, en cumplimiento de los protocolos de reinicio de actividades decretados por el Gobierno de la Ciudad de México, derivados de la emergencia sanitaria por la pandemia del Coronavirus SARS-CoV-2 y del desarrollo de la enfermedad COVID-19.

En virtud de lo anterior en mi calidad de Asociado me comprometo dentro de las Instalaciones de la Institución a cumplir con lo siguiente:

- 1.- Acatar todos y cada uno de los protocolos, directrices y lineamientos que el Club España, A. C., estableció para el período de reinicio de actividades durante la contingencia originada con motivo del Coronavirus.
- 2.- Dar seguimiento a todas las observaciones y buenas prácticas que para tal fin se han establecido, eximiendo al Club España, A. C., y a sus representantes, de todo tipo de responsabilidad, ya sea civil, penal, administrativa o de cualquier otra naturaleza derivado de que el suscrito o cualquier miembro de mi familia pudiéramos sufrir en nuestra salud, inherentes al uso de las instalaciones, equipos y mobiliario, así como, derivado del trato con el personal y colaboradores, con motivo de la pandemia mencionada, pues reconozco que todos ellos ayudan a implementar las medidas decretadas tanto por las autoridades sanitarias, como por el propio Club.

Manifiesto que el suscrito, acude a las instalaciones bajo mi estricta responsabilidad y en caso de ser menor edad, con la autorización de mis padres o tutores legales y bajo mi propio riesgo, estando consciente de que en caso de que no respete o incumpla los protocolos, directrices y lineamientos establecidos y que se establezcan, me haré acreedor a las sanciones que determine la Comisión de Honor y Justicia, con la autorización debida del Consejo Directivo.

(Favor de continuar en la siguiente página para llenar el cuestionario y firmar esta Responsiva.)

CUESTIONARIO COVID - 19

POR FAVOR RESPONDA SI EN LOS **ULTIMOS 7 DIAS** HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SINTOMAS:

SINTOMAS PRINCIPALES:	SI	NO
Fiebre mayor a 37.5°c		
Tos		
Dolor de cabeza		
Malestar general		
OTROS SINTOMAS:		
Dificultad respiratoria		
Dolor articular		
Dolor muscular		
Dolor de garganta		
Escorrimento nasal		
Ojos rojos		
Dolor torácico		

Asociado, si presenta fiebre acompañada de alguno de los otros síntomas, le sugerimos acudir a la unidad médica de su confianza y seguir las recomendaciones que le indique el médico.

Atentamente.

NOMBRE COMPLETO: _____

NUMERO DE ASOCIADO: _____

Para fines de mantenerlo informado debidamente: No. Celular: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

En caso de emergencia llamar a _____ Parentesco _____

No. Celular _____

FIRMA

PADRE O TUTOR

*Agradeceremos escribir su correo electrónico, de la manera más clara posible.