****

**PROTOCOLO, REGLAMENTOS Y REQUISITOS PARA MONTAÑISTAS**

**PARQUE YERBA LOCA**

Con el fin de incentivar el desarrollo responsable del deporte al aire libre, minimizar los riesgo de accidentes y conservar la calidad ambiental del Parque Yerba Loca, es que los deportes de montaña están regulados por el siguiente reglamento:

1. Los deportes de montaña permitidos dentro del Parque, son: **Montañismo, escalada en roca, escalada en hielo, travesías, trail running, ski de randonee y splitboard.**
2. El desarrollo de estos deportes, está permitido en todas sus modalidades, excepto la escalada de tipo “Free Solo”.
3. No está permitido el ingreso de vehículos motorizados a senderos, incluidas las motos de nieve.
4. En caso de accidente, el equipo de guardaparques gestionará tu rescate de forma gratuita según los protocolo de rescate interno de la administración, sin embargo, los recursos externos al Parque, como caballos, helicópteros y otros, deberán ser autorizados por el accidentado o su contacto de emergencia y pagados por los mismos.

Para ingresar al Parque a realizar una actividad de montaña, deberás realizar cada uno de los siguientes pasos:

1. Comprar tickets a través de nuestra página web.
2. Revisar el “Estado del Parque” en nuestra página web e ingresar al Parque con los requisitos necesarios. Por ejemplo: porte de cadenas, vehículos 4x4, etc. De no cumplir dichas condiciones, no podrás ingresar al Parque, aunque tengas reserva o tickets comprados.
3. Enviar un correo electrónico a [parqueyerbaloca@outlife.cl](mailto:parqueyerbaloca@lobarnechea.cl) con la siguiente información que viene incluida en este protocolo:

* Ficha médica completa (adjunta más abajo)
* Protocolo para montañistas (adjunto más abajo)
* Exención de la responsabilidad firmada por cada participante de la expedición (adjunto más abajo)

Al momento de tu ingreso, deberás presentar lo siguiente:

1. Código de reserva (ticket)
2. Equipo técnico descrito en tu itinerario, incluyendo al menos un botiquín de primeros auxilios y elementos para disponer de sus residuos de forma adecuada.
3. Revisión aparato de comunicación con recepción.

Te recomendamos contar con sistemas alternativos de comunicación para casos de emergencias. Esto es Radios vhf, teléfono satelital, Inreach o similar. Contamos con un sistema armado de repetidor para radios VHF que permite cobertura casi en la totalidad del Parque.

**Anexo Protocolo para montañistas**

1. **Itinerario General Grupo**

Para ser llenado por la persona que realiza la reserva o un miembro responsable del equipo:

| **Fecha y hora de ingreso al Parque:** |  |  | **Cumbre a ascender** |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha y hora de salida del Parque** |  |  | **Ruta** |  |

1. **Itinerario específico de ascención grupo**

| **ITINERARIO** | **PRIMERA JORNADA** | **SEGUNDA JORNADA** | **TERCERA JORNADA** | **CUARTA JORNADA** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hora de inicio |  |  |  |  |
| Objetivo |  |  |  |  |
| Modalidad (estilo alpino, expedición, trail running, etc.) |  |  |  |  |
| Lugar de acampada/vivac |  |  |  |  |
| Observaciones |  |  |  |  |

1. **Curriculum Deportivo personal**

Para ser llenado por todos los miembros del equipo en un formato sencillo que acredite experiencia en montaña (obligatorio) y cursos o capacitaciones (deseable). En caso de ser un grupo organizado, los guías deben contar con experiencia demostrable y capacidad de liderazgo y resolución de situaciones de emergencia

| Nombre Encargado grupo |  |
| --- | --- |

| Montaña o lugar | fecha | Altitud | Desnivel | Ruta |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Curso | Fecha | Institución | Descripción | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

| Nombre |  |
| --- | --- |

| Montaña o lugar | fecha | Altitud | Desnivel | Ruta |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Curso | Fecha | Institución | Descripción | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

| Nombre |  |
| --- | --- |

| Montaña o lugar | fecha | Altitud | Desnivel | Ruta |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Curso | Fecha | Institución | Descripción | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

| Nombre 3 |  |
| --- | --- |

| Montaña o lugar | fecha | Altitud | Desnivel | Ruta |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Curso | Fecha | Institución | Descripción | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |

Para grupos más numerosos sírvase imprimir o duplicar esta página para rellenar de forma completa la información

1. **Protocolo de Rescate**

Se activará en caso de que el contacto de emergencia o un miembro de la expedición, dé aviso de algún acontecimiento no planificado o de que la expedición no se presente a la fecha y hora de salida del Parque, sin dar aviso de retraso a la recepción del Parque.

Información previa requerida:

| **Nombre de cada integrante del grupo** | **Contacto de emergencia ( nombre y teléfono a quien llamar)** | **Centro asistencial de preferencia ( opcional)** | **Seguro de accidente o rescate (en caso de tener)** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Exención de responsabilidad**

DECLARACIÓN JURADA, PARA SER FIRMADA POR TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO.

Yo como miembro de la expedición o cordada (**Nombre y firma al final de esta hoja**) asumo todos los riesgos de realizar actividades de montaña y “deslindo tanto a la Municipalidad de Lo Barnechea, a sus autoridades y a Outlife, de todo tipo de responsabilidad civil que pudiera derivarse en caso de accidente, infortunio y/o enfermedad que pudiera ocasionarse dentro del Parque Yerba Loca, durante el desarrollo de la actividad de montaña a realizar. Además, en pleno uso de mi capacidad intelectual, declaro:

1. Conocer a cabalidad los riesgos implicados en las actividades de montaña que planeo realizar dentro del Parque Yerba Loca.
2. Estar en buen estado físico y mental y poseer la suficiente preparación física y técnica, para realizar la actividad planeada, de manera segura para mí y los demás miembros del equipo.
3. Estar al tanto de las condiciones meteorológicas de las jornadas en terreno y estar preparado para dichas condiciones.
4. Poseer equipo adecuado y en buen estado para la realización de las actividades de montaña expresadas en este protocolo.
5. Haber sido informado de que el equipo de guardaparques de Yerba Loca gestionará y apoyará la logística del rescate en caso de accidente, pérdida o siniestro, sin embargo, asumo en forma personal, los costos de una eventual operación de búsqueda y/o rescate aéreo, uso de caballos, gastos médicos o cualquier otro recurso o servicio externo a la administración del Parque.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| Nombre (Name) | Rut (ID number or Passport) | Firma (Signature) |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**VI. Ficha médica - Antecedentes de Salud**

**FICHA PERSONAL DE SALUD PARQUE YERBA LOCA**

(Debe ser completada sólo una vez por cada persona que ingresa)

**Información personal general**

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

· RUN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Sexo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

· Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Correo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Estatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Peso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia**

· Contacto 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Contacto 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Previsión médica y seguros**

· Previsión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Seguro médico: \_\_\_\_\_

· Cual y donde: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· N° Póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

· Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Alergias**

| **Alergia** | **Reacción** | **Medicamento utilizado** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

¿Ha tenido anafilaxia/shock anafiláctico? Que se describe como: reacción alérgica aguda y potencialmente mortal.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_Si su respuesta es sí, ¿cuenta con un kit de epinefrina o similar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial Médico General**

Tiene en la actualidad o ha tenido anteriormente:

**1**. ¿Problemas respiratorios? **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

Si su respuesta es sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2**. ¿Condiciones gastrointestinales? **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

Si su respuesta es sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3**. Diabetes **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

Si su respuesta es sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4**. ¿Está embarazada? **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

Si su respuesta es sí, indique el número de semanas de gestación o meses. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5**. ¿Tiene historial de condiciones de salud mental en los últimos 2 años o está actualmente bajo tratamiento de un profesional de la salud mental? **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

Si su respuesta es sí, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6**. ¿Está en tratamiento por condiciones de salud mental? **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

**7.** ¿Tiene historial de enfermedad cardiaca, hipertensión, dislipidemia u otro relacionado al sistema cardíaco y vascular? **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

**8**. ¿Tiene o ha tenido lesiones y/o esguinces de rodilla, cadera tobillo, hombro, brazo y/o espalda? Incluya las operaciones. **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

Por favor explique sus respuestas que son “SI”, mencionando fechas y detalles:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9**. ¿Está tomando medicamentos con prescripción médica actualmente o ha tomado en los últimos 2 años? **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

| **Medicamento** | **Para que condición** | **Dosis (cantidad/frecuencia)** | **Efectos secundarios, restricciones.** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**10**. ¿Tiene historial de congelamiento o MAM (Mal agudo de montaña) **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

**11**. ¿Ha sufrido enfermedad relacionada al calor extremo o frio extremo?

**SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

**12**. ¿Tiene alguna otra enfermedad y/o condición, cirugías o algo relevante que mencionar que haya sucedido en los últimos 2 años? **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

Por favor explique sus respuestas que son “SI”, mencionando fechas y detalles:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**13.** ¿Tiene algún grado de cinetosis/mareo por movimiento? **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

**14.** ¿Tiene algún tipo de vértigo? (periférico o central) **SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_**

¡Muchas gracias!

**Nombre completo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RUN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Cualquier duda respecto a este protocolo, puedes escribirnos a [parqueyerbaloca@outlife.cl](mailto:parqueyerbaloca@lobarnechea.cl)