

# Formato de Responsabilidad



**FONDO DE EMPLEADOS**  
ESTRELLA IES

Yo, \_\_\_\_\_ he sido informado sobre el programa Salud sin Fronteras que adelanta el Dr. Horacio Evans con el objetivo de dar una segunda opinión frente a patologías y tratamientos que se adelanten y de cuya información es titularidad de empleados de ESTRELLA y/o sus familias. En este sentido acepto y reconozco que ESTRELLA actúa como facilitador de canales para poder acceder a los servicios y no como responsable del programa ni de los procedimientos que se generen en el programa de Salud Sin Fronteras al que accederé de forma directa y bajo mi propia responsabilidad.

Declaro que estoy de acuerdo con los requisitos, el alcance, las limitantes, y en general con todas las condiciones establecidas por el programa y por el Dr. Horacio Evans y reconozco que he sido informado suficientemente del mismo, razón por la cual tengo claro que existen riesgos médicos que podrían generar cambios en mi salud. Yo entiendo y acepto que ESTRELLA no hace ninguna representación ni garantía, expresa o implícita, con respecto a los riesgos que se pueden presentar durante o como efecto de mi decisión de usar los canales provistos para acceder al programa y que actúa como facilitador de la información, por lo que en mi propio nombre y de mis herederos, albaceas, representante y cesionarios, por la presente:

- (i) Asumo todos los riesgos asociados que se pudieran generar en desarrollo del programa Salud sin Fronteras,
- (ii) Accederé y usaré los servicios de forma libre, voluntaria y autónomamente, aclarando además que conozco que no se trata de un servicio médico sino de una consultoría gratuita y que la información necesaria para el mismo proviene de mi o de mis familiares, garantizando así mismo que dicha información es completa
- (iii) Deslindo y libero para siempre de toda responsabilidad a ESTRELLA, a sus entidades afiliadas y vinculadas, directores, oficiales, empleados, contratistas y agentes (cada uno su "Parte(s) de Deslinde"), renuncio a cualquier indemnización por daño y convengo no demandar cualquier precedente de la relación con, y de todas las demandas, acción de causa, demandas, daños, responsabilidades, pérdidas, gastos de accidentes (incluyendo muerte) ("Preérdidas"), incluyendo, pero no limitando, a cualesquiera de los riesgos asociados con el programa.

La presente asunción de riesgo y deslinde expreso, incluye todas las pérdidas que yo pudiera sufrir o incurrir, que fueran causadas por hechos u omisiones de cualquiera de las Partes de Deslinde. HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ESTOY DE ACUERDO CON TODO LO ANTERIOR. Estoy ADVERTIDO DE LOS RIESGOS POTENCIALES Y ESTOY ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS LEGALES AL FIRMAR ESTE ACUERDO

---

NOMBRE

IDENTIFICACIÓN

FIRMA