

## Certificado Médico Ultra Trail Expedición Guaraní 2019

### Datos Personales del corredor:

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

Por medio del presente documento, con fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, certifico que el Sr/a \_\_\_\_\_, C.I /Pasaporte \_\_\_\_\_ se

encuentra medicamente apto para participar en el evento, **Ultra Trail Expedición Guaraní 2019**, el cual cuenta con hasta 90 kilómetros y los cuales se pueden completar en hasta 28 horas.

Por lo que estaría capacitado física y psicológicamente para enfrentar las exigencias de la prueba, considerando además que se desarrolla en un área natural alejada de los centros urbanos.

Firma del Médico

Médico tratante: Dr. Nombre del Médico

Sello y Nro. De Registro de

Dirección: \_\_\_\_\_

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

País: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Firma del Participante

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

## Ficha Médica Personal/ Ultra Trail Expedición Guarani 2019

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

País: \_\_\_\_\_

C.I. /PASAPORTE: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino / Masculino

Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

N° Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia contactar:

\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ N° Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Seguro médico: \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

Presión Arterial: \_\_\_\_\_ mmhg

Alergias:

\_\_\_\_\_

Medicamentos (Fármacos) de uso reciente: \_\_\_\_\_

Historial de enfermedades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vacuna Antitetánica: Si / No Fecha última vacuna: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Enfermedades relevantes: \_\_\_\_\_

Hipertensión: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_ Colesterol Elevado: \_\_\_\_\_

Fumador: \_\_\_\_\_