

CERTIFICADO MÉDICO

Datos Personales:

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 2022 el cual cuenta conkilómetros.

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: ____/____/____



CERTIFICADO MÉDICO

Ficha Médica Personal/ Ultra Trail Expedición Guaraní 2022

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

Alergia a Medicamentos _____

Alergias: _____

Medicamentos (Fármacos) de uso reciente: _____

Historial de enfermedades: _____

Vacuna Antitetánica: Si / No Fecha última vacuna: ___/___/_____

Enfermedades relevantes: _____

Hipertensión: _____ Diabetes: _____ Colesterol Elevado: _____

Fumador: _____

Vacuna COVID: Si / No

