

# Ficha Médica

**ATUEL**  
EVENTOS

## CERTIFICADO MÉDICO

**El Domingo 2 de Marzo**, (vísperas de Carnaval) realizaremos el evento deportivo que atraerá a todos los Runners amantes de las montañas y la naturaleza recorriendo senderos, arroyos, cerros y dunas y una vista panorámica del dique y lago Valle Grande, un paisaje maravilloso de nuestro apreciado y distinguido Cañón del Atuel.

Con tres distancias 12 km, 22 km y 42 km.

## CERTIFICADO MÉDICO

Quien suscribe, \_\_\_\_\_, médico, matrícula \_\_\_\_\_ declaro en base a los estudios realizados, que el señor/a: \_\_\_\_\_ (DNI)...

**A).** Tiene plena capacidad física para participar en la competencia y aceptar voluntariamente lo enunciado en el presente documento. Además, según los exámenes realizados, afirmo que se encuentra médicamente apto para su participación en las actividades que se desarrollan en "la prueba" El Reto al Cañón del Atuel en la distancia de \_\_\_\_\_ kms. (completar la distancia en la que participa)

**B).** Participar en "la prueba" es una actividad potencialmente peligrosa y estando al tanto de todos y cualquiera de los riesgos asociados con la misma, incluyendo: mal de altura debido a las condiciones geográficas donde se desarrolla la prueba; caídas; lesiones; enfermedades; consecuencias y condiciones climáticas, incluyendo temperaturas muy bajas viento y/o humedad, tránsito vehicular y condiciones del camino (todos los riesgos conocidos y apreciados previamente por "el participante" está completamente apto y en condiciones físicas para enfrentar todas las variables presentadas.

**NOMBRE PARTICIPANTE** .....

**DNI (PARTICIPANTE)** .....

**FIRMA DEL MÉDICO** .....

**SELLO DEL MÉDICO** .....

# Ficha Médica

**ATUEL**  
EVENTOS

Nombre/s: .....

Apellido/s: .....

DNI/rut/passaporte/passport: .....

Género: ..... Edad: .....

Fecha de nacimiento: .....

Dirección: .....

Localidad: .....

Provincia: .....

País: .....

Celular (obligatorio): .....

Telefone fijo: .....

E-mail: .....

Para emergencias contactar a: .....

Parentesco: .....

Teléfono de persona de contacto: .....

Obra social / seguro médico / medical health insurance: .....

Grupo sanguíneo: .....

Alergias (a medicamentos u otras): .....

Medicamentos de uso reciente o crónicos: .....

Consumo de tabaco (nº cigarrillos/día): .....

Consumo de alcohol: .....

Antecedentes de enfermedades: .....

Antecedentes traumáticos (esguinces, fracturas, lesiones musculares): .....

Cirugías: .....

Vacuna antitetánica: .....

Antecedentes de mal de altura: .....

# Ficha Médica

**ATUEL**  
EVENTOS

¿Tiene alguna condición médica que pueda afectar el ejercicio físico/deportivo de esta competencia?

.....  
.....  
.....

A). La información suministrada en este cuestionario es de gran importancia en el caso de que el corredor requiera de atención de salud. Debe ser contestado en forma personal por cada corredor debiendo ser veraz y precisa. Esta información será de manejo reservado por parte de la organización y se dará a conocer a quien lo requiera para garantizar una atención médica o paramédica segura.

B). Por la presente declaro que no he tenido, ni tengo prohibida la práctica de ningún deporte por razones médicas. Autorizo, en caso de emergencia, a cualquier persona calificada, designada por la organización del evento, a realizarme tratamiento médico o quirúrgico incluido transfusiones.

NOMBRE PARTICIPANTE .....

DNI (PARTICIPANTE) .....

NOME PARTICIPANTE .....

DNI | RUT (PARTICIPANTE) .....