

– CERTIFICADO MÉDICO –

EL ABAJO FIRMANTE, DOCTOR: _____.

CERTIFICA QUE EL SR. / SRA. : _____.

NACIDO EL: _____ GRUPO SANGUÍNEO _____.

Presenta Un Examen Clínico Normal, No Presentando Ninguna Contraindicación Médica. Le Impida Participar En Una Carrera Ultra Trail Run, Así Mismo Certifico Que Mi Paciente Se Encuentra En Condiciones Óptimas De Salud Y Que No Presenta Ninguna Causa, A Mi Consideración Y Experiencia Como Médico, Le Impida Correr En El Monte Por Tiempo Prolongado.

| NOMBRE Y CÉDULA PROFESIONAL DEL MÉDICO. | FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO. |
|--|------------------------------|
| | |

Recordamos A Los Participantes, La Presentación Del Certificado Es Una Condición Indispensable Para Participar En El Backyard Ultra Maratón Calera 2024. El Presente Certificado Médico Deberá, Ser Realizado Obligatoriamente Durante Los 30 Días Antes Del Evento.

Sin Ser Este Un Consejo; Una Recomendación Obligatoria, La Organización Aconseja Realizar Una Prueba De Esfuerzo Para Participar En El Backyard Ultra Maratón 2024.

PARTICIPANTE (NOMBRE COMPLETO): _____

ALERGIAS: NO: ___ SI: ___ CUALES: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS: _____

ACTUAL TRATAMIENTO MÉDICO: _____

En la ciudad de _____, Estado de _____, certifico que la información anteriormente facilitada es correcta y que fue llenado el presente impreso sin ningún tipo de amenaza o coacción.

| FECHA: | NOMBRE Y FIRMA DEL ATLETA. |
|--------|----------------------------|
| | |

Convocatoria Backyard Ultra Maratón Calera 2024.

