



#### CERTIFICADO MÉDICO

Aconcagua Ultra Trail es la máxima expresión del desafío. Con un exigente circuito trazado, con el marco del cerro Aconcagua y una altimetría que puede llegar a superar 4500 MSNM, este circuito de Trail y Ultra Trail.

“Aconcagua Ultra Trail” es una competencia internacional que se realiza en el Parque Provincial Aconcagua.

#### 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” Aconcagua Ultra Trail 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 (Completa el participante)**

Apellido/s: .....

Nombre/s: .....

DNI / rut / pasaporte / passport: .....

Género: ..... Edad: .....

Fecha de nacimiento: .....

Dirección: ..... Departamento:.....

Provincia: ..... País: .....

teléfono móvil (obligatorio): .....

Teléfono fijo: .....

Correo electrónico / e-mail: .....

En caso de emergencias avisar a: .....

Parentesco: .....

Teléfono de la 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):  
.....

Operaciones u hospitalizaciones: .....

Vacuna antitetánica: .....

Antecedentes de mal de altura: .....



¿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)