



# CERTIFICADO MÉDICO

Yo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ médico (a),  
abajo firmante, certifico que el examen del atleta

\_\_\_\_\_ con Documento de Identidad N° \_\_\_\_\_ con fecha de  
nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ no mostró ninguna contraindicación para  
participar de la competencia de trail running denominado Ultra-Trail Guarani  
2018 en la modalidad individual de \_\_\_\_\_ kilómetros.

Certificado médico expedido en (local): \_\_\_\_\_

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



Firma



Sello del registro profesional

## Datos complementarios

Grupo Sanguíneo (factor RH): \_\_\_\_\_ Frecuencia cardiaca en reposo: \_\_\_\_\_

Alergia (especifique): \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_

Teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_