



1. CERTIFICADO MÉDICO Y DESLINDE DE RESPONSABILIDADES

QUIEN SUSCRIBE,, MÉDICO,

MATRÍCULADECLARO 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 PARTICIPACION EN LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN “LA PRUEBA” KUMEN 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.

FICHA MÉDICA

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

.....
FIRMA DEL MÉDICO

.....
DNI (PARTICIPANTE)

.....
SELLO DEL MÉDICO

2. CERTIFICADO Y FICHA MÉDICA

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 MEDICO / MEDICAL HEALTH INSURANCE:

.....

GRUPO SANGUÍNEO:

ALERGIAS (A MEDICAMENTOS U OTRAS):

MEDICAMENTOS DE USO RECIENTE O CRÓNICOS:

CONSUMO DE TABACO (Nº CIGARRILLOS/DIA):

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?

.....

.....
FIRMA PARTICIPANTE

.....
DNI