



# CERTIFICADO MÉDICO EVEREST TRAIL RACE 2019

Del 7 al 19 Noviembre

El abajo firmante, Doctor Dr. /Dra.:

Colegiado N°:

CERTIFICA que el Sr. /Sra.:

Nacido el:

Grupo Sanguíneo:

Presenta un examen clínico normal, así como un electrocardiograma en reposo normal, no presentando ninguna contraindicación médica que le impida participar en una carrera de *6 días de duración, con recorridos diarios de entre 20 y 37 Km, en altitudes superiores a 4.000 m.*

Firmado por:

Lugar y Fecha:

*(Firma Médica y Sello Oficial)*

*Recordamos a los participantes que la presentación de este certificado, es una condición indispensable para participar en la EVEREST TRAIL RACE y que deberá ser entregado al Responsable Médico durante los controles técnicos en Katmandú, adjuntando la gráfica del electrocardiograma en reposo. Ambos deberán haberse realizado obligatoriamente durante los 30 días anteriores a la prueba.*

*La Organización SOLICITA OBLIGATORIAMENTE a todos los participantes, realizar una prueba de esfuerzo para participar en la EVEREST TRAIL RACE, adjuntar también a la presente certificación médica y a la gráfica del electrocardiograma.*

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL PARTICIPANTE:

- Nombre y Apellidos:
- Alergias:
- Antecedentes quirúrgicos y médicos:
- Tratamiento médico, si existe:

Certifico que la información anteriormente facilitada es correcta.

Firmado por:

Lugar y Fecha:

*(Firma Médica)*

