



CERTIFICADO MÉDICO

Doctor.....

Dirección.....

Número de inscripción.....

Certifico haber examinado este día:

.....

Declaro que él/ella no presenta ninguna contraindicación para la práctica de una competencia de trail en medio ambiente de 5 etapas de 20 Km cada una, con desniveles positivos alrededor de 700 metros en El Costa Rica Trail La Transtica que se corre en Costa Rica.

Lugar y fecha:

Firma y sello.

CUESTIONARIO MÉDICO

Apellido (s):Nombre (s) :

Dirección:

Código postal: Ciudad:País:

Fecha de nacimiento:/...../.....

Sexo: Femenino masculino

Tamaño: Peso:Grupo sanguíneo.....

Antecedentes médicos: ¿Ha tenido problemas médicos que necesitaron exámenes complementarios, tratamientos prolongados, hospitalización, aun breve?

.....
.....

Antecedentes quirúrgicos: ¿Ha tenido cirugías y/o anestesia, si contesta afirmativamente, ¿Cuándo ? ¿Por qué?

.....
.....

Alergias :

.....
.....
.....

Tratamiento actual: ¿Toma medicamentos actualmente?, Si contesta afirmativamente, escriba cuáles son?

.....
.....

¿Tiene usted?

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Gafas: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| - Lentes de contacto: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| - Prótesis: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

¿Dieta especial? Si No

En caso afirmativo cual tipo de dieta:

¿Está al día con sus vacunas?

- DT Polio: Sí Fecha.....
 No
- Hepatitis A: Sí Fecha.....
 No
- Hepatitis B: Sí Fecha.....
 No
- Otras: Sí Fecha.....
 No

¿Tiene usted nociones de rescate?

- Sí ¿Cuál es su nivel?
- No

COMENTARIOS EVENTUALES:

.....
.....

EN CASO DE ACCIDENTE:

Contrato de repatriación, evacuación sanitaria

N°:.....

Nombre de su Compañía de seguros:

N° de Tel.:.....

Nombre de su médico personal:

N° de Tel.:.....

Persona por contactar en caso de emergencia:.....

N° de Tel.:.....

“Certifico que lo expresado aquí es verdadero”

Fecha:

Firma: