TDV - TRAIL RACE

CERTIFICADO MÉDICO TDV TRAIL RACE 2027. Con un exigente circuito trazado, con el marco de Las Cumbres Calchaquíes y una altimetría que puede llegar a superar los 3000 MSNM, este circuito de Trail. “TDV TRAIL RACE 2026” es una competencia que se realiza en el Valle de Tafi. 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” TDV TRAIL RACE 2027.

B). Participar en competencia, es una actividad potencialmente riesgosa y estando al tanto de todos y cualquiera de los asociados con la misma, incluyendo: mal de altura debido a las condiciones geográficas donde se desarrolla las pruebas; caídas; lesiones; enfermedades; consecuencias y condiciones climáticas, incluyendo temperaturas muy bajas viento y/o humedad, (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 FECHA:

FICHA MÉDICA (Completa el participante)

Apellido/s: .....

Nombre/s: .....

DNI / 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 Y APELLIDO DEL PARTICIPANTE…….

DNI (PARTICIPANTE)……..

FIRMA……