

FICHA MÉDICA OBLIGATORIA

- NOMBRE : _____
- (DNI/PASAPORTE) : _____
- GÉNERO : M ____ F ____
- EDAD : _____
- FECHA DE NACIMIENTO : ____ / ____ / ____
- DIRECCION : _____
- DISTRITO : _____
- CIUDAD : _____
- PAÍS : _____
- TELÉFONO MÓVIL : _____
- TELÉFONO FIJO : _____
- EMAIL : _____
- CONTACTO DE EMERGENCIA : _____
- TELÉFONO CONTACTO : _____
- TIPO SEGURO : _____
- COMPAÑÍA SEGURO : _____
- NUMERO DE PÓLIZA : _____
- GRUPO SANGUÍNEO : _____
- ALERGIAS (A MEDICAMENTOS) : _____
- MEDICAMENTOS (FÁRMACOS) DE USO RECIENTE: _____
- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES : _____
- ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS (esguinces, fracturas, lesiones, musculares): _____
- OPERACIONES U HOSPITALIZACIONES: _____

¿TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA QUE PUEDA AFECTAR EL EJERCICIO FÍSICO/DEPORTIVO DE ESTA COMPETENCIA?

CERTIFICADO Y FICHA MÉDICA OBLIGATORIA

1. DECLARACIONES DEL MÉDICO:

YO, _____, MÉDICO PROFESIONAL con
(DNI) _____, TITULADO EN _____
, DECLARO Y DOY PLENA FE EN BASE A MI EXPERIENCIA Y A LOS EXÁMENES REALIZADOS, QUE EL PARTICIPANTE,
(DNI) _____

- a) TIENE PLENA CAPACIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA PARA PARTICIPAR EN THE NORTH FACE ENDURANCE CHALLENGE PERU Y ACEPTAR VOLUNTARIAMENTE LO ANUNCIADO EN EL PRESENTE DOCUMENTO. ADEMÁS, SEGÚN LOS EXÁMENES DE RESISTENCIA, ESFUERZO, CARDIACOS Y PSÍQUICOS, AFIRMO QUE SE ENCUENTRA MÉDICAMENTE APTO Y ADECUADAMENTE ENTRENADO PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE SE DESARROLLAN EN THE NORTH FACE® ENDURANCE CHALLENGE PERU, YA SEA EN LA COMPETENCIA DE 50KM O 80KM.
- 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: CAÍDAS; LESIONES; ENFERMEDADES; CONTACTO CON OTROS PARTICIPANTES; CONSECUENCIAS Y CONDICIONES CLIMÁTICAS, INCLUYENDO TEMPERATURA 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 PERFECTAS PARA SOBRELLEVAR CON ÉXITO TODAS LAS VARIABLES PRESENTADAS.

- NOMBRE PARTICIPANTE : _____
- FIRMA DEL MÉDICO : _____
- DNI PARTICIPANTE : _____
- NUMERO DE COLEGIADO MEDICO : _____

2. FICHA MÉDICA

LA INFORMACIÓN ENTREGADA 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. 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.

FIRMA PARTICIPANTE

FIRMA DOCTOR