

CERTIFICADO MÉDICO



DEL 25 AL 27 DE JULIO 2025

EL ABAJO FIRMANTE, DOCTOR: _____

CERTIFICA QUE EL SR. / SRA. : _____

NACIDO EL: _____ GRUPO SANGUÍNEO: _____

Presenta un examen clínico normal, no presentando ninguna contraindicación médica que le impida participar en una carrera de a pie de 160K ____ 100K ____ 80K ____ 50K ____ 30K ____ 12K ____, con recorridos entre el bosque y las montañas, en altitudes superiores a los 2,600 msnm. A su vez, certifico que mi paciente se encuentra en condiciones óptimas de salud y que no presenta ninguna causa que, a mi consideración y experiencia como médico, le impida correr en las montañas por tiempo prolongado.

FECHA: _____

FIRMADO EN LA CIUDAD DE: _____

NOMBRE, CÉDULA, FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

Recordamos a los participantes que la presentación del presente certificado es una **condición indispensable** para participar en el **Ultra Coahuila 2025** y que deberá ser cargado en la página oficial del evento. El presente certificado médico y el electrocardiograma en reposo en caso de los 160K, 100K, 80K, 50K, deberán haberse realizado obligatoriamente durante los 30 días anteriores al evento.

Sin ser este consejo una recomendación obligatoria, la Organización aconseja realizar una **prueba de esfuerzo** para participar en el **Ultra Coahuila 2025**.

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: _____

ALERGIAS: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS: _____

ACTUAL TRATAMIENTO MÉDICO: _____

En la ciudad de _____, estado de _____, certifico que la información anteriormente facilitada es correcta y que fue llenado el presente impreso sin ningún tipo de amenaza o coacción.

FECHA

FIRMA DEL COMPETIDOR