

# CERTIFICADO MÉDICO



**DEL 12 AL 14 DE JULIO 2024**

**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 2024** 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 2024**.

**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**