



# CERTIFICADO MÉDICO

## EVEREST TRAIL RACE 2024

El abajo firmante, Doctor Dr./Dra.:

Colegiado N°:

CERTIFICA que el Sr. /Sra.:

Nacido el:

Grupo Sanguíneo:

Presenta un examen clínico normal, así como un electrocardiograma en reposo normal, no presentando ninguna contraindicación médica que le impida participar en una carrera de 6 días de duración, con recorridos diarios de entre 20 y 37 Km, en altitudes superiores a 4.000 m.

Firmado por:

Lugar y Fecha:

*(Firma Médica y Sello Oficial)*

*Recordamos a los participantes que la presentación de este certificado, es una condición indispensable para participar en la **EVEREST TRAIL RACE** y que deberá ser entregado al Responsable Médico durante los controles técnicos en Katmandú, adjuntando la gráfica del electrocardiograma en reposo. **Ambos deberán haberse realizado obligatoriamente durante los 30 días anteriores a la prueba.***

La Organización recomienda a todos los participantes, realizar una prueba de **esfuerzo** para participar en la EVEREST TRAIL RACE.

### INFORMACIÓN MÉDICA DEL PARTICIPANTE:

- Nombre y Apellidos:
- Alergias:
- Antecedentes quirúrgicos y médicos:
- Tratamiento médico, si existe:

Certifico que la información anteriormente facilitada es correcta.

Firmado por:

Lugar y Fecha:

*(Firma médica)*

