FICHA MÉDICA

EL RETO AL CAÑÓN DEL ATUEL

SEGUINOS

f /elreto.sr

◎ /elreto.sr

elretotrail.com.ar

El **03 de abril de 2027** se realizará el evento deportivo **El Reto al Cañón del Atuel**, destinado a runners amantes de las montañas y la naturaleza. El recorrido atraviesa senderos, arroyos, cerros y dunas, ofreciendo una vista panorámica del dique y lago Valle Grande, en el maravilloso entorno del reconocido **Cañón del Atuel**.

DISTANCIAS DE LA COMPETENCIA

La competencia cuenta con 5 distancias: 6k, 12k, 22k, 30k, 42k,

CERTIFICADO MÉDICO

Quien suscribe _____, médico, matrícula _____, declara en base a los estudios realizados que el/la señor/a _____, DNI _____, se encuentra en condiciones de participar de la competencia.

A) Tiene plena capacidad física para participar en la competencia y acepta voluntariamente lo enunciado en el presente documento. Según los exámenes realizados, se encuentra médicamente apto/a para participar en**El Reto al Cañón del Atuel**, en la distancia de _____ km.

B) Participar en la prueba es una actividad potencialmente peligrosa. El participante declara conocer y aceptar los riesgos asociados con la misma, incluyendo condiciones geográficas y ambientales, caídas, lesiones, enfermedades, condiciones climáticas adversas, temperaturas bajas, viento, humedad, tránsito vehicular y condiciones propias del camino y recorrido. En función de los estudios realizados, el profesional médico certifica que el/la participante se encuentra apto/a y en condiciones físicas para afrontar las variables propias de la actividad.

DATOS DEL PARTICIPANTE

Nombre y apellido	
DNI	

_____ _____

Firma del participante — Firma del médico

Aclaración — Sello y matrícula

FICHA MÉDICA

EL RETO AL CAÑÓN DEL ATUEL

EL RETO TRAIL
elretotrail.com.ar
@elreto.sr

01 · DATOS PERSONALES

Nombre/s		**Apellido/s**	
DNI / RUT / Pasaporte			
Género		**Edad**	
Fecha de nacimiento			
Dirección			
Localidad		**Provincia/País**	

02 · DATOS DE CONTACTO

Celular (obligatorio)		**Tel. fijo**		**Correo electrónico**	

03 · CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Nombre		**Apellido**	
Parentesco		**Teléfono de contacto**	

04 · INFORMACIÓN MÉDICA

Obra social / seguro médico	
Grupo sanguíneo	
Alergias a medicamentos u otras	
Medicamentos recientes o de uso crónico	
Consumo de tabaco (cigarrillos/día)	
Consumo de alcohol	
Antecedentes de enfermedades	
Antecedentes traumáticos (esguinces, fracturas, lesiones musculares)	
Cirugías	
Vacuna antitetánica	
Antecedentes de mal de altura	

FICHA MÉDICA

EL RETO AL CAÑÓN DEL ATUEL

Declaración del participante

EL RETO TRAIL
elretotrail.com.ar
@elreto.sr

05 · CONDICIONES MÉDICAS

¿Tiene alguna condición médica que pueda afectar el ejercicio físico o deportivo durante esta competencia?

SÍ [ ] **NO** [ ]

En caso afirmativo, detalle la condición médica:

06 · DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

A). La información suministrada en este cuestionario es de gran importancia en caso de que el corredor requiera atención de salud. Debe ser contestada en forma personal por cada corredor, y la información proporcionada debe ser veraz y precisa. Los datos serán tratados de manera confidencial por la organización y podrán comunicarse al personal médico o paramédico cuando resulte necesario para brindar una atención segura y adecuada, conforme a la normativa aplicable en materia de protección de datos personales.

B). Por la presente declaro que no tengo prohibida la práctica de deportes por razones médicas. En caso de emergencia, autorizo al personal sanitario habilitado que intervenga en el evento a realizar las evaluaciones y los tratamientos de urgencia que resulten necesarios, de acuerdo con su criterio profesional y la normativa vigente.

07 · IDENTIFICACIÓN Y FIRMA

Nombre y apellido	
DNI / RUT / Pasaporte	
Fecha	

Firma del participante

Aclaración

Firma del médico (si corresponde)

Sello y matrícula