



## DECLARACIONES DEL MÉDICO:

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

A) TIENE PLENA CAPACIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA PARA PARTICIPAR EN LA COMPETENCIA Y ACEPTAR VOLUNTARIAMENTE LO ENUCIADO 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 EL DOITE TRAIL RUN UC (EN ADELANTE “LA PRUEBA”), PARA LA DISTANCIA DE 42K.

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.

San Carlos de Apoquindo Challenge

### FICHA MÉDICA

A) 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.

B) 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.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA MÉDICO

\_\_\_\_\_  
RUN (DNI) PARTICIPANTE

\_\_\_\_\_  
TIMBRE DEL MÉDICO



## ■ Rellenar siguiente información:

NOMBRE:			
RUT (DNI):			
GÉNERO:			
EDAD:			
FECHA DE NACIMIENTO:			
DIRECCIÓN			
COMUNA:			
CIUDAD:			
PAÍS:			
TELÉFONO MÓVIL:			
TELÉFONO FIJO:			
EMAIL:			
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:			
PARENTESCO:			
TELÉFONO:			
SISTEMA DE PREVISIÓN MÉDICA:	FONASA   ISAPRE   OTRO:		
SEGUROS MÉDICOS Y/O CONVENIOS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
SI CORRESPONDE	COMPAÑÍA N° PÓLIZA		
CONTACTO:			
CONVENIO DE ATENCIÓN MÉDICA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
SI CORRESPONDE:	CENTRO DE ATENCIÓN:	DIRECCIÓN:	
GRUPO SANGUÍNEO			
ALERGIAS (A MEDICAMENTOS):			
MEDICAMENTOS (FÁRMACOS) DE USO RECIENTE:			
CONSUMO DE TABACO (N° CIGARRILLOS):			
CONSUMO DE ALCOHOL:	OCASIONAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> FRECUENTE <input type="checkbox"/> EXCESO <input type="checkbox"/>		
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES:			
ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS <small>(esguinces, fracturas, lesiones, musculares)</small>			
OPERACIONES U HOSPITALIZACIONES:			
VACUNA ANTITETÁNICA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	FECHA ÚLTIMA VACUNA:	
ANTECEDENTES DE MAL DE ALTURA:			
¿TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA QUE PUEDA AFECTAR EL EJERCICIO FÍSICO/DEPORTIVO DE ESTA COMPETENCIA?			