

FICHA MÉDICA OBLIGATORIA



NOMBRE:

RUT (DNI):

GÉNERO:

EDAD:

FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN:

COMUNA:

CIUDAD:

PAÍS:

TELÉFONO MÓVIL:

TELÉFONO FIJO:

EMAIL:

EN CASO DE EMERGENCIAS AVISAR A:

PARENTESCO:

TELÉFONO:

SISTEMA DE PREVISIÓN MÉDICA: FONASA ISAPRE OTRO

SEGUROS MÉDICOS Y/O CONVENIOS: SI NO

SI CORRESPONDE, COMPAÑÍA: N° PÓLIZA:

CONTACTO:

CONVENIO DE ATENCIÓN MÉDICA: SI NO

SI CORRESPONDE, CENTRO DE ATENCIÓN: DIRECCIÓN:

GRUPO SANGUÍNEO:

ALERGIAS (A MEDICAMENTOS):

MEDICAMENTOS (FÁRMACOS) DE USO RECIENTE:

CONSUMO DE TABACO (N° CIGARRILLOS): DIARIOS SEMANALES

CONSUMO DE ALCOHOL: OCASIONAL REGULAR FRECUENTE EXCESO

ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES:

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS (esguinces, fracturas, lesiones, musculares):

OPERACIONES U HOSPITALIZACIONES:

VACUNA ANTITETÁNICA: SI NO FECHA ÚLTIMA VACUNA:

ANTECEDENTES DE MAL DE ALTURA:

¿ TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA QUE PUEDA AFECTAR EL EJERCICIO FÍSICO/DEPORTIVO DE ESTA COMPETENCIA?

CERTIFICADO Y FICHA MÉDICA OBLIGATORIA



1. 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 ENUNCIADO 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 THE NORTH FACE® ENDURANCE CHALLENGE CHILE 2019 (EN ADELANTE "LA PRUEBA"), YA SEA EN LA COMPETENCIA DE 50KM, 80KM O 160KM.

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.

NOMBRE PARTICIPANTE

FIRMA DEL MÉDICO

RUT(DNI) PARTICIPANTE

TIMBRE DEL MÉDICO

2. FICHA MÉDICA

LA 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. 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.

FIRMA PARTICIPANTE