



Informe Médico Ultra Heroica Miño & Sil



Nome:

Data de Nacemento:

Apelidos:

DNI:

Mediante este informe, o/a médico, _____
con nº colexiatura _____ expón que:

O/a corredor/a _____, con nº de DNI _____
non presenta ningunha contraindicación para participar na proba indicada:

Asinado (sinatura e selo médico/a)



En _____ Data: __ / __ / __

Alerxias (indicar si/non episodios de anafilaxia) _____

HTA _____ DM _____ Dislipemias _____ Fumador _____ Peso _____ Altura _____

Antecedentes fam. cardiopatía isquémica:

Antecedentes fam. morte súbita:

¿Presentou algunha vez un síncope coa actividade física?

Presenta algunha outra enfermidade significativa:

¿Toma algún tratamento habitual/crónico?:

F/C en repouso _____ Tensión arterial repouso: sistólica _____ Diast. _____

¿Obxetívase algún soplo na auscultación cardíaca?

Datos opcionais:

¿Realizouse electrocardiograma de repouso? Algunha información a detallar:

¿Realizouse proba de esforzo? En caso afirmativo indicar:

Grupo sanguíneo - RH _____

OBSERVACIÓNS

Sinatura participante

O presente certificado será exclusivamente privado para a execución da proba de referencia indicada e incluída no calendario oficial da FGA dentro das probas de trailrunning

Pode solicitar máis información sobre o tratamento dos seus datos en
heroicasacra@gmail.com