

# CERTIFICADO MÉDICO | EL CRUCE 2024



Por medio de la presente, certifico que el paciente .....  
con DNI ..... de ..... años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder,  
ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y, de acuerdo al resultado de mencionado examen,  
se encuentra apto para tomar parte de la competencia de trail running denominada El Cruce 2024 en  
tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de algún tipo  
que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia en la montaña, vida en campamentos, y  
afrontar el esfuerzo que supone la participación durante 3 días de carrera por etapas que comprende el  
evento previamente mencionado

Extiendo el presente certificado en la ciudad de.....el día ..... del mes de  
..... de 202..... para ser presentado antes la **organización de El Cruce 2024.**

## Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma y sello del Médico: \_\_\_\_\_