

## FICHA MEDICA Carrera "Rally 100k Los Palmares 2025"

Apellido y Nombre DNI:

Peso: \_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_ Presión Sanguínea \_\_\_\_ Grupo Sanguíneo \_\_\_\_

Ultimo Control Médico: \_\_\_\_ Evaluación Deportiva \_\_\_\_

Ergometría: \_\_\_\_ Frec.Cardíaca \_\_\_\_

Antecedentes (tache lo que NO corresponda):

Diabetes SI- NO Anemia SI -NO Ansiedad SI -NO Arritmia SI -NO Hipertensión SI -NO  
síncope SI -NO COVID SI-NO Ninguno SI -NO  
OBS \_\_\_\_

Enfermedades: Crónicas \_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_ Lesión Severa: \_\_\_\_  
Lesión Crónica: \_\_\_\_

Cirugías:

Suplementos: \_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_

Problemas de salud (Aclare por SI o por NO lo que corresponda)

Agotamiento por calor: Heces con sangre: Diarrea: Expectorar con sangre:  
Sangre en orina: Problemas menstruales: Retraso de regla: Desmayos:  
Hernias: Micción dolorosa: Golpes de calor: Cefaleas: Mareos: Dolor de  
estómago: Dolor de espaldas: Estreñimiento: Convulsiones: Dolores articulares:  
Tos o respiración forzada: Dolor torácico: Alteraciones Emocionales: Vomitar  
sangre: Ninguno:

OTRO/S(aclarar): \_\_\_\_

UltimaCompetencia: \_\_\_\_

Fecha Ult. Competencia: \_\_\_\_

EN CASO DE EMERGENCIA, comunicarse con (TELEFONO ALTERNATIVO DE AVISO DE EMERGENCIA):

Esta ficha médica tiene el carácter de DECLARACION JURADA sobre condiciones físicas de cada participante y como Declaración de Asunción de Riesgos para este evento. DECLARACIÓN de ASUNCIÓN de RIESGOS: Cada participante se inscribe bajo su propio riesgo, es el único que juzga sobre la conveniencia de participar en la competencia y proseguirla, con pleno conocimiento de los riesgos que el desarrollo de la competencia puede llevarlo a enfrentar. Asume los riesgos y descarga de antemano al Organizador y Co-Organizador, empresas auspiciantes, locatarios/propietarios/arrendatarios de inmuebles, campos, sitios, lugares, elementos, etc. de toda responsabilidad penal o civil en caso de accidente corporal o material que pueda producirse durante la competencia. @correr! (Alejandro Raush -Otros Co-Organizadores- La Organización) no se hará responsable de los daños, extravíos, o hurtos que puedan sufrir los corredores con sus elementos. Tampoco por el deterioro ocasionado, y que implique participar de un evento de estas características, o por el mal uso de los mismos por parte de los corredores, como tampoco será responsable de extravíos, robos y/o hurtos que acontezcan durante el evento. ACEPTO EN TODOS SUS TÉRMINOS la Presente.

Firma DNI Aclaración

Fecha y lugar

\*Obligatorio Imprimir esta ficha para presentarla en acreditaciones, llenada y firmada por el corredor.

INFORMACIÓN ÚTIL:

- En caso de accidente, trauma en carrera ó emergencia NOTIFICAR A LA ORGANIZACIÓN de manera URGENTE. Cada puesto mantiene comunicación con Organizadores permanente.
- Si el participante es derivado por la Organización, consultar lugar de evacuación correspondiente.
- Si el participante es evacuado por familiares o personas del grupo fuera de Organización: Es necesaria la atención en nosocomios u Hospitales acordados para tal fin, y es necesidad URGENTE dar aviso a la Organización. Los nosocomios encargados de recibir a nuestros corredores son el Centro de salud de Colonia Hughes y el Hospital San Benjamín de Colón. (dependiendo de la proximidad a cada uno de la evacuación).
- En caso de ser necesario, y si se produjera lesión grave (fracturas de cualquier tipo, traumas severos o cualquier eventualidad que requiera internación) se deberá generar una Denuncia o Actuación policial por siniestro, dar aviso y copia de la misma a la Organización.

Firma y aclaración: