

# CERTIFICADO MÉDICO OBLIGATORIO

**EVENTO: KARAJÁ TRAIL RACE**  
**FECHA: 06 y 07 DE DICIEMBRE DE 2025**  
**LUGAR: CERRO CORÁ, MISIONES**



Por la presente certifico que he examinado al paciente:

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI / Pasaporte:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

Basado en el examen clínico realizado en la fecha y sus antecedentes médicos, certifico que el/la paciente se encuentra **APTO/A FÍSICAMENTE** y no presenta contraindicaciones clínicas ni cardiovasculares evidentes al momento del examen para participar en competencias de **Pedestrismo y Trail Running en terreno natural y de exigencia física alta**.

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado/a para ser presentado ante las autoridades de la organización de KARAJÁ TRAIL RACE.

## DATOS DEL PROFESIONAL:

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Firma y Sello del Médico: (Debe incluir Nombre y N° de Matrícula)