

No. de corredor: \_\_\_\_\_



**maratón**  
AGUASCALIENTES



## Certificado Médico

Yo, Dr (a). \_\_\_\_\_, **certifico** que el examen médico realizado a \_\_\_\_\_ no revela contraindicaciones para participar en la carrera **Maratón Aguascalientes 2025**.

Información obligatoria	Información sugerida
Fecha de nacimiento: _____	% de grasa: _____
Edad: _____	Glucosa: _____
Peso: _____	Colesterol: _____
Talla: _____	
Presión arterial: _____	<b>Información óptima (según aplique)</b>
Frecuencia cardiaca: _____	No. IMSS: _____
Antecedentes de cardiopatía isquémica: _____ _____	No. ISSSTE: _____
	Aseguradora: _____
	# de póliza: _____

Lugar y fecha de expedición \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre, firma y sello del médico certificado**

\*\* Este certificado no deberá exceder de una antigüedad de 6 meses a la fecha del evento.