



No. de corredor: _____



Certificado Médico

Yo, Dr (a). _____, **certifico** que el examen médico realizado a _____ no revela contraindicaciones para participar en la carrera **Maratón Aguascalientes 2024**.

Información obligatoria	Información sugerida
Fecha de nacimiento: _____	% de grasa: _____
Edad: _____	Glucosa: _____
Peso: _____	Colesterol: _____
Talla: _____	
Presión arterial: _____	Información óptima (según aplique)
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.