



Certifico que el/la paciente.....

DNI nro. .... de..... años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder, ha sido examinada clínicamente el día de la fecha y de acuerdo al resultado del mismo, se encuentra apta para tomar parte de las actividades recreativas / competitiva (tachar lo que no corresponda), propuestas por North Patagonia ..... (Detallar evento). En tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o de algún tipo que le puedan impedir afrontar el esfuerzo que supone la participación del evento mencionado.

Para su presentación ante los organizadores del evento, extendiendo la presente en la ciudad de..... a los.....días del mes..... de 20....

Observaciones:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI Nro.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de Médico Clínico