



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Yo, Dr. _____, con cédula profesional número _____, debidamente registrado y autorizado para ejercer la medicina, certifico que he realizado una evaluación médica al atleta:

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Identificación: _____

Tras una revisión clínica completa, declaro que el paciente se encuentra en **condiciones aptas de salud** para participar en el **Maratón Capital**, bajo su propia responsabilidad y recomendando seguir las medidas preventivas necesarias para su bienestar.

Fecha de emisión: _____

Firma y sello del médico: _____

Nota: Este certificado tiene una vigencia de 10 días hábiles a partir de la fecha de emisión.

