



Por medio de la presente, certifico que el paciente .....  
con DNI ..... de ..... años de edad, cuya historia clínica obra en mi poder,  
ha sido examinado clínicamente en el día de la fecha y, de acuerdo al resultado de mencionado examen,  
se encuentra apto para tomar parte de la competencia de trail running denominada Raid Columbia  
2025 en tanto no evidencia signos de alteraciones y/o enfermedades cardíacas y/o enfermedades de  
algún tipo que le puedan impedir realizar actividad física de alta exigencia en la montaña, vida en  
campamentos, y afrontar el esfuerzo que supone la participación durante 3 días de carrera por etapas  
que comprende el evento previamente mencionado

Extiendo el presente certificado en la ciudad de.....el día ..... del mes de  
..... de 202..... para ser presentado antes la **organización de Raid Columbia 2025.**

**Observaciones:**

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

Firma del Participante: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Firma y sello del Médico: \_\_\_\_\_