



**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PARA PRUEBA DE NATACIÓN - TRAVESÍA SAGRADA 2026**



**IDENTIFICACIÓN DEL PARTICIPANTE**

Nombre completo: _____		Sexo: M / F
Fecha de nacimiento: ____/____/____	Teléfono: _____	
Nombre contacto de emergencia: _____		
Teléfono contacto: _____	Parentesco: _____	
¿Cuenta con seguro médico? IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Cuenta con seguro de gastos médicos mayores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de seguridad social: _____	No de póliza: _____	
Hospital para traslado de emergencia: _____		

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS**

Detalle si es afirmativo

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Hipertensión arterial (HTA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Cirugías previas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Fracturas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Lesiones previas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____
Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia: _____ Cantidad: _____
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia: _____ Cantidad: _____
Toxicomanías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia: _____ Cantidad: _____
Realiza actividad física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Frecuencia: _____

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

Estatura (cm): _____	Peso (kg): _____
IMC: _____	Tensión arterial (mmHg): _____
Frecuencia cardiaca (lpm): _____	SpO2 (%): _____
Tipo sanguíneo: _____	Dextrosas (glucosa capilar): _____
Realice una valoración clínica que incluya la exploración cardio-respiratoria, musculoesquelética, dermatológica, neurológica, etc, con el objetivo de identificar condiciones que pudieran representar un riesgo durante actividades acuáticas de resistencia:	

**APTITUD**

<input type="checkbox"/> Apto para participar en la prueba de natación.	<input type="checkbox"/> No apto para participar (justifique)
<input type="checkbox"/> Apto con reservas (especificar condiciones o limitaciones):	

Nombre y firma del médico: _____	
Cédula profesional: _____	Sede Cruz Roja: _____