

CERTIFICADO MÉDICO TRAVESÍA SAGRADA MAYA 2025

Fecha ____ / ____ / 2024

Nombre: _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo: M / F Teléfono: _____

Nombre de contacto de emergencia: _____

Teléfono del Contacto: _____ Parentesco: _____

Estatura: _____

T/A: _____

Peso: _____

FC: _____

IMC: _____

SpO₂: _____

Tipo Sanguíneo: _____

Dextosis: _____

¿Cuenta con seguro médico? SI / NO

IMSS _____

ISSSTE _____

PARTICULAR _____

OTRO _____

Poliza o número de seguridad social: _____

Hospital para traslado de emergencia: _____

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Inmunizaciones: Completa / Incompleta Especificar: _____

Tabaquismo: SI / NO Frecuencia: _____ Cantidad: _____

Alcoholismo: SI / NO Frecuencia: _____ Cantidad: _____

Toxicomanías: SI / NO Frecuencia: _____ Cantidad: _____

¿Realiza algún tipo de actividad física? Si / No Frecuencia: _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Diabetes: SI / NO _____

HTA: SI / NO _____

Cardiopatías: SI / NO _____

Quirúrgicos: SI / NO _____

Fracturas: SI / NO _____

Lesiones previas: SI / NO _____

Alergias: SI / NO _____

Otros: _____

El paciente se encuentra en estado óptimo de salud sin presentar evidencias de padecer alguna enfermedad infecciosa actual, siendo considerado apto para ejercer cualquier actividad acorde a su capacidad física.

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO

CÉDULA PROFESIONAL: _____

Delegación de Cruz Roja donde se realiza el examen: _____