



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD FÍSICA INMERSIÓN GLACIAR

NOMBRE COMPLETO: _____

DOCUMENTO/PASAPORTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD: _____

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE HE EXAMINADO CLÍNICAMENTE AL PACIENTE MENCIONADO ANTERIORMENTE Y QUE, AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN, NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES MÉDICAS APARENTES PARA PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE:

- EXPOSICIÓN CONTROLADA AL FRÍO.
- RESPIRACIÓN GUIADA.
- CAMINATAS AL AIRE LIBRE EN CLIMA INVERNAL.
- INMERSIÓN CORPORAL BREVE EN AGUAS FRÍAS.

ASIMISMO MANIFIESTO QUE:

☐ NO PRESENTA PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES QUE CONTRAINDIQUEN LA ACTIVIDAD.

☐ NO PRESENTA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS GRAVES.

☐ NO PRESENTA EPILEPSIA ACTIVA O NO CONTROLADA.

☐ NO PRESENTA CONDICIONES MÉDICAS INCOMPATIBLES CON LA ACTIVIDAD.

DECLARO QUE EL PARTICIPANTE SE ENCUENTRA APTO PARA PARTICIPAR EN:
INMERSIÓN GLACIAR

PARQUE NACIONAL LOS GLACIARES

EL CALAFATE – SANTA CRUZ – ARGENTINA

FECHA DE EMISIÓN: ____ / ____ / ____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

MATRÍCULA PROFESIONAL: