



**CERTIFICADO MÉDICO  
ANDES INFERNAL 2018**

**Declaración del Médico que Certifica estado de Salud.**

Yo, \_\_\_\_\_, RUT: \_\_\_\_\_,

Médico: \_\_\_\_\_, R.C.M.: \_\_\_\_\_,

Declaro haber examinado clínicamente al Sr. (a):

---

Rut: \_\_\_\_\_

En base a mi experiencia y a los exámenes realizados certifico que tiene salud física y mental adecuada para realizar la prueba **Andes Infernal** de:

- 15 Kms a 3.500 metros de altitud máxima
- 28 Kms a 4.300 metros de altitud máxima
- 42 Kms a 5.424 metros de altitud máxima
- 400 Kms a 5.424 metros de altitud máxima

Si bien la prueba es potencialmente de riesgo para la salud de este deportista, este conoce sus riesgos; caídas, mal de altura, condiciones climáticas adversas, etc. Estos le han sido explicados y como deportista los asume en forma consciente.

---

**Firma y timbre del médico certificador.**