



INFORME MÉDICO y DE APTITUD DISTANCIA 80K/2024

A RELLENAR POR EL PARTICIPANTE

Apellidos y Nombre.....

Fecha de Nacimiento.....DNI.....

A RELLENAR POR EL MÉDICO

Mediante este informe, el/la médico.....

con el número de colegiado/a.....expone que:

El/la corredor/a.....con número de DNI.....

NO PRESENTA NINGUNA CONTRAINDICACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA PRUEBA:

LOS 80K RIOJANOS de 80kms con 3.656 metros de desnivel positivo.

Fdo.

En....., a.....de.....de20....

Firma y Sello del médico

DATOS MÉDICOS A RELLENAR *(por médico o participante)*

Es obligatorio adjuntar un electrocardiograma de 12 derivaciones en reposo (fecha de realización, identificación del paciente, firma y sello del médico)

ALERGIAS (sobretudo si se ha sido provocado algún episodio de anafilaxia).....

HTA.....DM.....Dislipemias.....Fumador o ex fumador.....Peso.....Altura.....

Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica.....

Antecedentes familiares de muerte súbita.....

¿Ha presentado alguna vez un síncope con el ejercicio?.....

Frecuencia cardíaca en reposo.....Tensión arterial en reposo: Sistólica.....Diastólica.....

¿Se ha objetivado algún soplo en la auscultación cardíaca?.....

¿Presenta alguna enfermedad significativa?.....

¿Toma algún tratamiento habitual) Indique cuál en caso afirmativo.....

Datos opcionales (recomendados por la organización)

¿Se ha realizado ecocardiografía?.....Si ha sido patología, indicar motivo.....

¿Se ha realizado prueba de esfuerzo).....Si ha sido patología, indicar motivo.....

Grupo sanguíneo/RH.....

OBSERVACIONES

Le informamos que sus datos personales serán tratados por **Activity Life Passport** y el organizador de los **80k Riojanos** con la finalidad de gestionar la organización de la prueba deportiva y en general para aquellas finalidades relacionadas con la gestión y organización del evento deportivo, así como fines estadísticos para contribuir a una mejor organización del evento. Le informamos que para la realización de estas gestiones es necesario que sus datos sean cedidos a profesionales médicos directamente relacionados con el responsable del tratamiento, así como Organismos Públicos y entidades aseguradoras que corresponda. Estos tratamientos de datos son necesarios para la correcta organización del evento deportivo y para satisfacción de los intereses legítimos perseguidos por ambas partes, quedaron legitimado además por el consentimiento por usted prestado. La falta de presentación de este consentimiento inequívoco conllevará la imposibilidad de participar en el evento. Igualmente, le informamos que sus datos serán conservados mientras se mantenga la relación o durante los plazos establecidos por la legislación. Puede ejercer sus derechos de acceso , rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento de sus datos dirigiéndose a Activity Life Passport Alberto Hernando c/ Paseo San Julian nº12 Local izq, 26300 Nájera, La Rioja o través de info@activitylifepassport.com a la Atención del Responsable de Protección de Datos, acompañando una copia de su DNI acreditando debidamente su identidad. En cualquier situación , Ud, tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Daros (AEPD)