

CERTIFICADO MÉDICO

Nombre del Deportista: _____

Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____

Nombre del Club: _____

A). HISTORIA CLÍNICA:

Antecedentes personales-familiares de interés: _____

Medicación: _____

Alergias: _____

B). EXPLORACIÓN FÍSICA:

Auscultación cardiopulmonar: _____

FC/TA/pulsos/ROTS: _____

Resto de interés: _____

C). ELECTROCARDIOGRAMA BASAL (NO OBLIGATORIO): _____

D). PRUEBA DE ESFUERZO (NO OBLIGATORIO):

Tipo ergómetro: _____

TA basal: _____ TA máxima: _____

FC basal: _____ FC máxima: _____

Otros parámetros: _____

Comentarios:

Certifico haber reconocido a este deportista, y lo declaro:

APTO NO APTO: Aptitud pendiente prueba médica: _____

(especificar prueba)

En _____, a ____ de _____ de 2023.

Nombre del médico, especialidad, firma y sello de colegiado: _____

NOTA: No se admitirán certificados sin marcar la casilla de apto y con el número y firma del médico

