

**10° CAMPEONATO NACIONAL**   
**FÚTBOL 7 INCLUSIVO**  
**CERTIFICADO MÉDICO**



*¡Formas parte de nuestra historia!*

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 (RECOMENDABLE):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D). PRUEBA DE ESFUERZO (RECOMENDABLE):**

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 2021.

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