

## 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 2019.

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