

CERTIFICADO MÉDICO – TEMPORADA 2020

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: _____

Certifico haber reconocido a este deportista, y lo declaro:

APTO **NO APTO** **Aptitud pendiente prueba médica:** _____

(especificar prueba)

En _____, a ____ de _____ de 20 ____.

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

EN TODOS LOS APARTADOS DEBE APORTARSE INFORMACIÓN