



FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

CERTIFICADO MÉDICO

Temporada 20

Nombre Deportista: _____

Fecha nacimiento: _____ DNI: _____

Nombre del Club: _____

1.- Historia Clínica:

- Antecedentes personales-familiares de interés: _____

- Medicación: _____

- Alergias: _____

2.- Exploración Física:

- Auscultación cardio-pulmonar: _____

- FC/TA/pulsos/ROTS: _____

- Resto de interés: _____

3.- Electrocardiograma basal RECOMENDABLE): _____

4.- 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 de prueba médica _____
(especificar prueba _____)

En _____, a ____ de ____ de 20 ____.

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

EN TODOS LOS APARTADOS DEBE APORTARSE INFORMACION