



# Federación Española de Deportes para Sordos

Registro de Asociaciones Deportivas del Consejo Superior de Deportes

C.I.F.: V- 80.494.503

## Certificado de Reconocimiento Médico deportivo

Escribase con la letra Mayúscula

### • DATOS PERSONALES

Nombre:		D.N.I.:	
Apellidos:		Edad:	
Fecha de nacimiento:		Sexo: Hombre >	Mujer >
Nacido en:		Provincia de:	Nacionalidad:

### • DATOS RESIDENCIA

Dirección:		Nº:		Portal:		Piso:		Puerta:	
Código Postal:		Población de:		Provincia de:					

### ANAMNESIS

Antecedentes familiares:	
Antecedentes personales (Fracturas; Operaciones; Lesiones...):	
Accidentes que precisaron hospitalización:	
Grupo Sanguíneo:	Alergia:
Deportes que practica:	Desde cuándo:

### DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso:	Talla pie:
Envergadura:	
Per. Torac. Insc. :	
Per Torac. Esp. :	

### EXPLORACIÓN APARATO LOCOMOTOR

Columna Vertebral >	
Dismetrías:	Pie:
Alineac. Ejes EELI : (Genos; Rotaciones; Rótulas)	
Exploración Abdominal:	

### APARATO CARDIO – RESPIRATORIO

Cardíaca:	Pulmonar:
E.C.G. Basal:	T. Asistólica:
T.A. Diastólica:	F.C. Reposo:
OTROS APARATOS	
O.R.L.:	Boca:

### RESULTADO

Estado Físico:
Apto práctica deportiva:

Observación:

### • MÉDICO

Nombre: \_\_\_\_\_

Nº Colegiado: \_\_\_\_\_

Firma y Sello  
del Colegiado

Fecha examinador: En..... a..... de..... de.....

**NOTA: Este certificado tiene un periodo de validez de dos años desde la fecha examinador.**