



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