

PROTOCOLO CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA FVDA-KEEF

De cara a la nueva temporada se vuelve a exigir como requisito de **obligado** cumplimiento según la legislación vigente, para la tramitación de licencias (deportistas), el obtener un certificado médico de aptitud deportiva.

Los objetivos básicos de todo reconocimiento médico de deportistas son:

- Valorar el estado de salud, despistando patologías que puedan contraindicar la actividad de manera absoluta, relativa o temporal.
- Controlar las repercusiones que la actividad deportiva puede acarrear sobre el estado de salud, sobre todo a nivel de crecimiento, desarrollo y maduración de deportistas.
- Detectar el nivel de adaptación al esfuerzo físico y aconsejar la práctica más adecuada a las posibilidades de cada persona.

Con este documento se acredita una APTITUD para la práctica de una modalidad deportiva, por lo que se recomienda realizarlo en un Centro Médico Deportivo.

Los protocolos a seguir en función de cada discapacidad, no han variado (en caso de consulta rogamus se soliciten a través de info@deporteadaptadoeuskadi.org).

EXCEPCIONES

- Únicamente **no será obligatorio** el presentarlo para las modalidades de **Ajedrez y Tiro Olímpico, ambos discapacidad visual (siguiendo el criterio de la FEDC)**.

PLAZO DE GESTIÓN: Desde la obtención del certificado de aptitud deportiva hay **un plazo de 3 meses para tramitar la licencia**.

VALIDEZ: Este certificado de aptitud deportiva tiene como validez la duración de la temporada deportiva.

TRÁMITE: Para solicitar las citas en centros médicos concertados, se debe acudir a la Federación Territorial.

IMPORTANTE:

- Es una gestión **obligatoria** y debe entregar el certificado **ORIGINAL** al tramitar la licencia.
- Si se van a solicitar segundos deportes, hay que planificarlo de ante mano y comunicarlo en el centro médicos para que se reflejen en el certificado **todos esos deportes**; o bien que se indique **“Deporte Adaptado (principalmente modalidad: XXXX)”**

NOTA: la información aquí expuesta puede sufrir cambios en función de la información que nos remitan desde las Federaciones Españolas.

(SE ADJUNTA LOS MODELOS SEGÚN LA DISCAPACIDAD)



SERVICIO MEDICO

CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

D/Dña, con DNI.....
licenciado/a en Medicina y Cirugía Gral., especialista en
....., colegiado en el colegio de
....., con número

CERTIFICA QUE: (TÁCHESE LO QUE NO PROCEDA)

D/Dña, de ... años
de edad, con DNI tras reconocimiento médico con
realización y valoración de las pruebas complementarias que se citan a
continuación.....

.....
no presenta, en el momento actual ninguna patología excepto el
antecedente personal de
estando en tratamiento con
.....
.....
.....
.....

Esto no le impide realizar una actividad física regular, siendo
considerado **APTO** para la práctica de ejercicio físico a nivel recreativo y/o
de el / los deporte/s de..... en
competición.

PARA QUE CONSTE A EFECTOS OPORTUNOS Y A INSTANCIAS DEL SERVICIO MEDICO DE LA FEDPC

En....., a..... de..... del 20.....

Fdo. Dr.

Nº Col:.....



FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

CERTIFICADO MÉDICO

Temporada 201...

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

CERTIFICO QUE EL PRESENTE
DOCUMENTO ES FIEL
REPRODUCCIÓN DE SU ORIGINAL

CMD

Certificado Médico Deportivo

Datos del médico

Nombre del médico (apellidos, nombre)

Colegiación (Colegio, Provincia, nº de colegiado)

Datos del deportista

Nombre del deportista (apellidos, nombre, NIF)

Representante legal (apellidos, nombre, NIF)

Pruebas médicas realizadas

Marcar las pruebas realizadas y/o añadir otras

- Antecedentes personales y familiares (obligatoria)
- Exploración cardio-respiratoria básica (obligatoria)
- Valoración funcional del déficit o secuelas (obligatoria)
- Exploración por aparatos (opcional)
- Prueba de esfuerzo básica indirecta (obligatoria)
- Otras opcionales : (especificar).....

Resultado de las pruebas

No pueden aparecer resultados médicos de las pruebas realizadas

- Apto para la práctica de la modalidad deportiva adaptada de.....
- No Apto para la práctica de la modalidad deportiva adaptada de.....

Comentarios

Fecha de expedición

Firma y sello del médico

CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

APERTURA LICENCIA FEDERATIVO-DEPORTIVA

D/Dña, con DNI..... licenciado/a
en Medicina y Cirugía Gral, especialista en,
colegiado en el colegio de, con número

CERTIFICA QUE : (TÁCHESE LO QUE NO PROCEDA)

D/Dña, de ... años de edad, con
DNI tras reconocimiento médico con realización y valoración de
las pruebas complementarias que se citan a continuación
.....
no presenta, en el momento actual, enfermedad infecto-contagiosa ni patología
física ni mental, excepto el antecedente personal de
estando en tratamiento con, además
de su déficit visual consistente en y en tratamiento
médico con

Esto no le impide realizar una actividad física regular, siendo considerado
APTO para la práctica de ejercicio físico a nivel recreativo y/o de el / los deporte/s
de en competición.

**PARA QUE CONSTE A EFECTOS OPORTUNOS Y A INSTANCIAS DEL
SERVICIO MEDICO DE LA FEDC**

En, a..... de del 20....

Fdo. Dr.

Nº Col :.....

SERVICIO MEDICO DE LA F.E.D.C. Tfno : 913536178

F.E.D.C - Paseo de la Habana, nº208 (28036-Madrid)

Tfno : 91 353 61 61

Fax.: 91 353 61 79

fedc@once.es

www.fedc.es



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 EII : (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.

CERTIFICADO MÉDICO APTITUD

D/Dña , con DNI.....
 licenciado/a en Medicina y Cirugía Gral., especialista en
 , colegiado en el colegio de
 , con número

CERTIFICA QUE: (TÁCHESE LO QUE NO PROCEDA)

D/Dña , de ... años
 de edad, con DNI tras reconocimiento médico con
 realización y valoración de las pruebas complementarias que se citan a
 continuación.....

.....
 no presenta, en el momento actual ninguna patología excepto el
 antecedente personal de
 estando en tratamiento con

.....
 Esto no le impide realizar una actividad física regular, siendo
 considerado **APTO** para la práctica de ejercicio físico a nivel recreativo y/o
 de el / los deporte/s de..... en
 competición.

PARA QUE CONSTE A EFECTOS OPORTUNOS Y A INSTANCIAS DE LA FVDA-KEEF

En..... , a..... de..... del 20...

Fdo. Dr.

Nº Col:.....