



CERTIFICADO MÉDICO
Temporada 2019

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 del Colegiado: _____

EN TODOS LOS APARTADOS DEBE APORTARSE INFORMACION

En virtud del RGPD 679/2016 de 27 de abril de 2016 de Protección de datos, por aplicación del deber de informar del artículo 14, el Responsable del tratamiento es FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, con domicilio en C/ FERRAZ, 16 - 6º IZQ C.P.: 28008 - MADRID (MADRID).