



FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DEPORTES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

CERTIFICADO MÉDICO
Temporada 2010

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:

4.- Prueba de esfuerzo:

- 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