

FEDERACION GALEGA DE DEPORTE ADAPTADO

CERTIFICADO MÉDICO

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 (NO OBLIGATORIO–RECOMENDABLE):__

4.- Prueba de esfuerzo (NO OBLIGATORIO–RECOMENDABLE):

- tipo ergómetro_____

- TA basal:_____ TA máxima:_____

- FC basal:_____ FC máxima:_____

-otros parámetros:_____

- comentarios:_____

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:_____
