

Certificado Médico Deportivo

Datos del Deportista

Apellidos, Nombres y DNI _____

Representante legal: Apellidos, Nombres y DNI _____

Nivel de competición : Recreacional ___ Competición ___ Alto rendimiento ___

Deportes : _____

Pruebas Médicas Realizadas

Historia familiar y personal ___ Exploración Cardiovascular básica ___

Exploración Musculoesquelética Básica ___ Exploración completa ___

Electrocardiograma ___ Análisis de sangre ___ Ergometría ___

Otros : _____

Resultados (Se entrega Informe Médico al Deportista)

- Sin hallazgos de contraindicaciones aparentes para la práctica de ejercicio /deporte solicitado
- Contraindicación absoluta para la práctica deportiva
- Contraindicación parcial / temporal para la práctica del deporte

Comentarios: _____

Firma y sello del médico

Fecha ___/___/_____ Válido hasta _____

Ejemplar para el deportista