



FEDERACIÓN ANDALUZA DE DEPORTES PARA DISCAPACITADOS INTELECTUALES
CERTIFICADO MÉDICO
Temporada 2017

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