



FEDERACIÓN ANDALUZA DE DEPORTES PARA DISCAPACITADOS INTELECTUALES

CERTIFICADO MÉDICO

Temporada 2018

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