



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA- TEMPORADA 2021

Datos de filiación

Nombre: F. Nacimiento:
DNI: Nombre del Club:
Deporte principal: Otros deportes:

Historia Clínica

ANAMNESIS

Alergias:
AF de interés (qué y quién):
Muerte súbita familiar: Enf. Hereditarias:
AP de interés:
HTA: si/no DM: si/no Enf. Cardiovasculares: si/no; si si, especifica:
Enfermedades convulsivas: SI/NO; si si, especifica
IQ o/y hospitalizaciones:
Otros:
Medicación habitual:

EXPLORACIÓN FÍSICA:

ACP:
FC basal: TA:.....
Ap. Locomotor:
Otros:

ELECTROCARDIOGRAMA (Recomendable en mayores de 14 años):

FC basal: Ritmo: Eje: PR:
QRS:..... QTc: RV5+SV1:..... Otros:

PRUEBA DE ESFUERZO (Recomendable en mayores de 25 años, por debajo valorar según deporte y nivel competitivo)

Tipo ergómetro: Protocolo realizado:
FC basal: FC Máxima: FC 1 min rec:
TA basal: TA máxima: TA 1 min rec:
Clínicamente negativa: SI/NO Eléctricamente negativa: SI/NO

YO, ESPECIALISTA EN....., CON Nº.DE COLEGIADA/O....., CERTIFICO HABER RECONOCIDO A ESTE DEPORTISTA, Y LO DECLARO (APTO/NO APTO/APTITUD CONDICIONADA) PARA LA ACTIVIDAD DEPORTIVA DE NIVEL COMPETITIVO.

Si aptitud condicionada a algo especificar:

FIRMA Y SELLO

En _____, a _____ de _____ de 202_.