

CERTIFICADO MÉDICO – TEMPORADA 2024

Nombre del Deportista: _____

Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____

Nombre del Club: _____

A). HISTORIA CLÍNICA:

✓ Antecedentes personales-familiares de interés: _____

✓ Medicación: _____

✓ Alergias: _____

B). EXPLORACIÓN FÍSICA:

✓ Auscultación cardiopulmonar: _____

✓ FC/TA/pulsos/ROTS: _____

✓ Resto de interés: _____

OBLIGATORIO RELLENAR

Certifico haber reconocido a este deportista, y lo declaro:

APTO **NO APTO**

En _____, a _____ de _____ de 202__.

Nombre del médico, especialidad, firma y sello de colegiado:
