

## CERTIFICADO MÉDICO – TEMPORADA 2025

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:

\_\_\_\_\_