



CERTIFICADO MÉDICO DEPORTIVO

Datos del Médico:

(Nombre completo y firma)

(Cédula profesional)

Datos del deportista:

(Nombre completo y firma)

(Nombre y firma tutor del menor edad)

Certifico que el atleta ha sido sometido a valoración de aptitud médico-deportiva que incluye:

- Antecedentes médicos y deportivos (personales y familiares)
- Exploración cardiorrespiratoria (auscultación completa, TA y FC y pulsos periféricos).
- Exploración del aparato locomotor
- Evaluación antropométrica (peso y talla)
- Electrocardiograma en reposo (obligatorio presentarlo a la evaluación médica)
- Otras: _____ (Indicar cuáles según sea el caso)

Como resultado de las pruebas realizadas se considera al atleta:

- APTO, sin contraindicaciones absolutas para la práctica deportiva.
- APTO, con limitaciones para la práctica de actividad física y deportiva.
- NO APTO CONDICIONAL a la aportación de evaluación médica posterior.
- NO APTO, con LIMITACIÓN ABSOLUTA para la práctica deportiva y de competición.

NOTAS:

Certificado médico deportivo con vigencia de 1 año a partir de la fecha de realización*

Lugar de realización y fecha: _____