



CERTIFICADO MÉDICO DEPORTIVO

Aptitud para la Práctica Deportiva

Dr./Dra.: _____ Cédula/Matrícula: _____ Especialidad: Medicina Deportiva
Centro / Club / Federación: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

CERTIFICA LA APTITUD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA DE:

Deportista / Atleta: _____
Documento: _____ Fecha nac.: _____ Sexo: _____
Club / Equipo / Federación: _____
Deporte / Disciplina: _____ Categoría: _____

PARÁMETROS DE LA EVALUACIÓN MÉDICO-DEPORTIVA:

T.A.: _____ F.C. reposo: _____ F.C. máx. teórica: _____ SpO₂: _____
Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ % Grasa: _____ VO₂max: _____

☐ APTO/A PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA

☐ NO APTO/A (ver observaciones)

EXPLORACIÓN CARDIOVASCULAR / ELECTROCARDIOGRAMA:

OBSERVACIONES / RESTRICCIONES DEPORTIVAS:

Vigencia del certificado: _____ Próxima evaluación: _____

Emitido en: _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____

Cédula / Matrícula Profesional: _____