

CERTIFICADO DE APTITUD DEPORTIVA

Apto para Deporte / Gimnasio / Competición

Dr./Dra.: _____ Cédula: _____

Institución / Centro: _____

CERTIFICA LA APTITUD FÍSICO-DEPORTIVA DEL/DE LA:

Nombre: _____ Edad: _____

Documento: _____ Deporte/Actividad: _____

Entidad / Club / Gimnasio: _____

RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO MÉDICO-DEPORTIVO:

- ☐ APTO/A SIN RESTRICCIONES
- ☐ APTO/A CON RESTRICCIONES
- ☐ NO APTO/A TEMPORAL
- ☐ NO APTO/A DEFINITIVO

PARÁMETROS FÍSICOS Y SIGNOS VITALES:

T.A.: _____ F.C.: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
Visión: _____ Audición: _____ EKG: _____ VO₂max: _____

OBSERVACIONES CLÍNICAS / RESTRICCIONES DEPORTIVAS:

Validez del certificado: _____ Expedido en: _____

Fecha de emisión: ____ / ____ / ____.

Fecha

____ / ____ / ____

Firma y Sello del Médico

Dr./Dra.: _____