

CERTIFICADO MÉDICO — APTITUD DEPORTIVA

Natación / Gimnasio / Club / Competición

Médico/a: _____ Cédula: _____ Espec.: _____
Centro/Institución: _____ Ciudad: _____

CERTIFICA LA APTITUD PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA

Deportista: _____ Edad: _____

Documento: _____ Sexo: _____ Deporte/Disciplina: _____

Club / Entidad / Competición: _____

DICTAMEN DE APTITUD FÍSICO-DEPORTIVA

☐ APTO/A

☐ APTO/A CON RESTRICCIONES

☐ NO APTO/A

EXPLORACIÓN Y PARÁMETROS:

T.A.: _____ F.C.: _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____
SpO₂: _____ EKG: _____ Visión: _____ VO₂max: _____

OBSERVACIONES / LIMITACIONES PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA:

Vigencia: _____ Emitido en: _____ a los _____ días de _____

Dr./Dra.: _____ Cédula Profesional: _____ Fecha: _____