



MUNICIPALIDAD DE VICENTE LÓPEZ
Secretaría de Deportes

X- Es Imprescindible Completar.

(Traer Fotocopia)

SEDE:

APTO MÉDICO

APELLIDO Y NOMBRE:

D.N.I.: FECHA DE NAC.:/...../..... N° SOCIO:

DIRECCIÓN: TELÉFONO:.....

MAIL: MAIL Alternativo:

MEDICO DE CABECERA:

INSTITUCIÓN: N° HISTORIA CLINICA:.....

PATOLOGÍA PREEXISTENTES:

.....

APTITUD CLINICA: X-

APTITUD CARDIOLÓGICO: X-

OBSERVACIONES:

MEDICACIÓN/DOSIS:

Por medio de la presente se deja constancia que el paciente mencionado anteriormente ha sido evaluado clínicamente y al momento del examen, se encuentra en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas, recreativas y no competitivas, acordes a edad, sexo, estadio madurativo y antecedentes médicos, bajo supervisión de personal idóneo.

Observaciones:

Antecedentes médicos de relevancia clínica:

Medicación de Uso Habitual:

X-

Consigne cuando considera que deberá renovar la aptitud médica su paciente							
3 Meses	<input type="checkbox"/>	6 Meses	<input type="checkbox"/>	9 Meses	<input type="checkbox"/>	1 año	<input type="checkbox"/>

Todos los mayores de 6 años, deben entregar un electrocardiograma informado al momento su inicio como Usuarios, el cual deberá ser renovado a los 14 años, a los 40 años y se deberá renovar anualmente desde los 60 años; o antes segun el criterio del Médico al recibirlo.

INFORME DEL ELECTROCARDIOGRAMA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

PEGAR ECG

X-

.....
FIRMA Y SELLO

X-

...../...../.....
FECHA