



MUNICIPALIDAD DE VICENTE LÓPEZ
Secretaría de Deportes

X- Es Imprescindible Completar.
Fotocopia)

(Traer

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 6 Meses 9 Meses 1 año

Quando se trate de personas mayores de 60 años, menores de dicha edad si la evaluación médica determinara su necesidad, o niños o adultos que realicen actividad deportiva competitiva deberá adjuntarse electrocardiograma informado:

INFORME DEL ELECTROCARDIOGRAMA:

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

PEGAR ECG

X-

X-

/ /

FIRMA Y SELLO

FECHA