



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

***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 según el criterio del Médico al recibirlo.***

**INFORME DEL ELECTROCARDIOGRAMA:**

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

PEGAR ECG

**X-**

**X-**

.....

...../...../.....

FIRMA Y SELLO

FECHA