

APTO MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI: FECHA DE NACIMIENTO:

DIRECCIÓN: LOCALIDAD:

TELÉFONO: E-MAIL:

MÉDICO DE CABECERA:

PATOLOGÍA/S PREEXISTENTE/S:

¿TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD? SI NO

CUÁL/ES:

¿TIENE C.U.D.? SI NO

APTITUD CLÍNICA:

APTITUD CARDIOLÓGICO:

OBSERVACIONES:

MEDICACIÓN/DOSIS:

Por medio de la presente se deja constancia que el paciente 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:

CONSIGNE CUÁNDO CONSIDERA QUE DEBERÁ RENOVAR EL APTO FÍSICO DE SU PACIENTE 3 MESES 6 MESES 9 MESES 1 AÑO

IMPORTANTE

ESTE APTO FÍSICO DEBERÁ SER COMPLETADO SIN OMITIR NINGÚN ÍTEM. No se pueden realizar tachaduras, ni enmiendas, CASO CONTRARIO SE CONSIDERARÁ INVÁLIDO. Los mayores de 6 años deberán presentar un electrocardiograma al momento de inscribirse/hacerse socios. El mismo deberá ser renovado a los 14 años, a los 40 años y anualmente a partir de los 60 años, o antes según criterio médico.

INFORME DEL ELECTROCARDIOGRAMA:

.....

.....

.....

.....

.....

PEGAR ECG

FIRMA Y SELLO

FECHA

/ /