

## 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 usuarios. 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

/ /