



IMPRESO RECONOCIMIENTO MÉDICO DEPORTIVO

(aprobado en Junta de Facultad de 30/06/14 y modificado en Junta de Facultad de 29/11/23)

D./Doña _____ ,
Licenciado/a en Medicina y Cirugía / Graduado/a en Medicina, colegiado nº _____

CERTIFICA:

Que en el día de la fecha ha realizado un reconocimiento médico-deportivo a:
D./Doña _____ con D.N. I. Nº _____

En función de las pruebas realizadas, que incluyen:

- Historia médica-deportiva.
- Exploración física general.
- Electrocardiograma basal.
- Prueba de esfuerzo electrocardiográfica continúa para valorar la aptitud para la práctica deportiva.

Se concluye que su estado actual de salud es:

- Apto/a para realizar ejercicio físico sin limitaciones.
- Apto/a con limitaciones para realizar ejercicio físico. Indicar cuales:

- No apto/a, contraindicado cualquier tipo de ejercicio físico.
- Debe realizar pruebas complementarias. Indicar cuales:

En _____ , a _____ de _____

Fdo.: