Anexo 5. Certificado médico

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA

D/Dña..... ..... Licenciado en Medicina colegiado en con el número..... , con ejercicio profesional en ..... CERTIFICO:

Que.....con DNI: ..... no presenta contraindicación para participar en la prueba deportiva:

Firmado: (Firma y Sello del médico)

En…….……..a……..de…….....202…….

<u>CUESTIONARIO: (Datos a Rellenar por el médico o participante)</u>

Alergias (sobre todo si ha provocado algún episodio de anafilaxia)
…….....……..

HTA…… DM……..…. Dislipemia……..... Fumador o ex fumador…..……

Antecedentes familiares de cardiopatía isquémica…….

Antecedentes familiares de muerte súbita…….....…

¿Ha presentado alguna vez un síncope (pérdida de conciencia) con el ejercicio?
…….....

Floridablanca, 84
08015 Barcelona
www.fedme.es

¿Presenta alguna otra enfermedad significativa? ……..…

¿Toma algún tratamiento habitual? Indique cuál ……..……..……..

<u>EXPLORACIÓN:</u> <u>(A realizar por el médico)</u>

Frecuencia cardíaca en reposo……Tensión arterial en reposo: Sistólica…….....
Diastólica…….....

Auscultación Cardiopulmonar ¿Se ha objetivado algún soplo en la auscultación cardíaca?
……

Pulsos periféricos: Presencia y Simetría……..

ECG: Informe del trazado……

Grupo Sanguíneo/ Rh:……..……..

Firma del deportista (o representante legal, con DNI)

Floridablanca, 84
08015 Barcelona
www.fedme.es