CERTIFICADO MÉDICO-DEPORTIVO:

La determinación de los estudios complementarios necesarios para emitir el Certificado Médico Deportivo es de exclusiva competencia del profesional médico actuante, quien decidirá las evaluaciones que considere pertinentes

DATOS DEL DEPORTISTA

Nombre y Apellido ---------- DNI ---------- Disciplina ----------

Nombre y Apellido del representante legal (Completar únicamente en caso de menores de edad) ----------

DATOS DE LA VALORACIÓN FUNCIONAL MÉDICO-DEPORTIVA

Pruebas médicas (Marcar únicamente las pruebas realizadas y añada otras si fuese necesario.)

- ☐ Antecedentes personales y familiares
- ☐ Exploración física
- ☐ Electrocardiograma con valoración cardiológica
- ☐ Espirometría
- ☐ Ergometría (prueba de esfuerzo)
- ☐ Otras: ----------

INDICACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN DE PENTATUEL EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS MÉDICAS

- ☐ No se evidencian contraindicaciones clínicas para la práctica de la/s disciplina/s deportiva/s declarada/s, conforme a la evaluación realizada en la fecha del presente certificado.
- ☐ Con limitaciones específicas para la práctica de actividad física y deportiva (se adjunta informe médico con las recomendaciones correspondientes).
- ☐ Contraindicación absoluta para la práctica deportiva

Observaciones: ----------

DATOS DEL PROFESIONAL MÉDICO

Nombre y Apellido ---------- Matrícula profesional N° ----------

Declaro haber evaluado personalmente al deportista y que, conforme a mi criterio profesional y a las evaluaciones realizadas, se encuentra APTO para la práctica de la/s disciplina/s deportiva/s declarada/s en el presente certificado.

Firma y sello