



Federación Española de Deportes para Sordos

Registro de Asociaciones Deportivas del Consejo Superior de Deportes

C.I.F.: V- 80.494.503

Certificado de Reconocimiento Médico deportivo

Escribase con la letra Mayúscula

• DATOS PERSONALES

Nombre:		D.N.I.:			
Apellidos		Edad:			
Fecha de		Sexo: Hombre		Mujer >	
Nacido en:		Provincia de:		Nacionalidad	

• DATOS RESIDENCIA

Dirección		Nº:		Portal		Piso:		Puerta	
Código		Población de:		Provincia de:					

ANAMNESIS

Antecedentes familiares:	
Antecedentes personales (Fracturas; Operaciones; Lesiones...):	
Accidentes que precisaron hospitalización:	
Grupo Sanguíneo:	Alergia:
Deportes que practica:	Desde cuándo:

DATOS ANTROPOMETRICOS

Peso:	Talla pie:
Envergadura:	
Per. Torac. Insc. :	
Per Torac. Esp. :	

EXPLORACIÓN APARATO LOCOMOTOR

Columna Vertebral >	
Dismetrias:	Pie:
Alineac. Ejes EEII : (Genos; Rotaciones; Rótulas)	
Exploración Abdominal:	

APARATO CARDIO - RESPIRATORIO

Cardíaca:	Pulmonar:
E.C.G. Basal:	T. Asistólica:
T.A. Diastólica:	F.C. Reposo:
<u>OTROS APARATOS</u>	
O.R.L.:	Boca:

RESULTADO

Estado Físico:
Apto práctica deportiva:

Observación:

• MÉDICO

Nombre: _____
Nº Colegiado: _____

Firma y Sello
del Colegiado

Fecha examinador: En....., a..... de.....