

INFORME MÉDICO DEPORTIVO

VALORACIONES FUNCIONALES MEDICO DEPORTIVAS PARA LA TRAMITACIÓN DE LA LICENCIA

DATOS PERSONALES

FECHA DE LA REVISIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA DE NACIMIENTO:

CLUB:

DNI:

DEPORTE:

ANAMNESI (PERSONAL Y FAMILIAR)

ANTECEDENTES PERSONALES:

NO REFIERE

ANTECEDENTES FAMILIARES:

NO REFIERE

ALERGIAS:

NO REFIERE

ANTROPOMETRÍA BÁSICA

PESO:

kg

ESTATURA:

m

PARAMETROS BASALES

FRECUENCIA CARDÍACA:

lpm

TENSIÓN ARTERIAL:

mmHg

EXPLORACIÓN FÍSICA

PIEL Y MUCOSAS:

SIN ALTERACIONES

NEUROLÓGICA:

SIN ALTERACIONES

CARDIOCIRCULATORIA:

SIN ALTERACIONES

RESPIRATORIA:

SIN ALTERACIONES

APARATO LOCOMOTOR:

SIN ALTERACIONES

CONTROL PODOLÓGICO:

SIN ALTERACIONES

ELECTROCARDIOGRAMA EN REPOSO:

DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

RECOMENDACIONES GENERALES:

REALICE UNA DIETA VARIADA Y EQUILIBRADA.
REALICE ESTIRAMIENTOS AL INICIO Y AL FINALIZAR LOS ENTRENAMIENTOS.

CONCLUSIONES:

NO SE HA DETECTADO NINGUNA ALTERACIÓN QUE CONTRAINDIQUE LA PRACTICA DEPORTIVA.

DOCTOR/A:

Nº COLEGIADO/A: