

D/Dña , con DNI..... ,
licenciado/a en Medicina y Cirugía Gral, especialista en ,
colegiado en el colegio de , con número

CERTIFICA QUE:

D./Dña. ,
de años de edad, con DNI , tras reconocimiento médico con
realización y valoración de las pruebas complementarias que se citan a continuación:

El interesado refiere que no presenta, en el momento actual, ninguna enfermedad
infecto-contagiosa ni patología, excepto el antecedente personal de
..... ,
estando en tratamiento con:

Esto no le impide realizar una actividad física regular, siendo considerado **APTO para
la práctica del deporte, tanto en el nivel recreativo como en el de competición en
el/los deporte/s de:**

PARA QUE CONSTE A LOS EFECTOS OPORTUNOS Y A INSTANCIAS DE LA
FEDERACIÓ D'ESPORTS ADAPTATS DE LA COMUNITAT VALENCIANA:

En , a..... de de 20....

Fdo. Dr/Dra..
Nº Col :



ANEXO

RECONOCIMIENTO MÉDICO recomendado
(con la solicitud de licencia autonómica)

RECONOCIMIENTO MÉDICO recomendado (con la solicitud de licencia autonómica)

Datos personales:

1er. Apellido:	2º Apellido:	Nombre:	NIF / NIE:
----------------	--------------	---------	------------

1. Antecedentes Familiares:

--

2. Antecedentes Personales:

Enfermedades:
Lesiones:
Intervenciones Quirúrgicas:
Vacunaciones:
Alergias:
Accidentes (Hospitalizaciones):
Otros:

3. Exploración:

Respiratorio:

Auscultación Pulmonar:	
Espirometría:	
FVC: litros %	PEF: litros %
FEV1: litros %	FEF 25-75: litros %
FEV1/FVC: %	

Cardiocirculatorio:

Auscultación Cardíaca:	FC reposo: ppm
ELECTROCARDIOGRAMA BASAL:	T. Arterial: mmHg

Aparato Locomotor:

Columna Vertebral:	Genos:	Miembros Superiores:
Piel y mucosas:	Boca:	Miembros Inferiores:
ORL:	Pies:	Abdomen:

Agudeza Visual:

		Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Visión Lejana:	Sin corrección		
	Con corrección		
Visión Próxima:	Sin corrección		
	Con corrección		
Visión Cromática según tablas (Ishihara, etc.):			

4. Antropometría y Composición Corporal:

OPCIÓN A:	Peso (Kg):	Talla (cm):	IMC(%):
OPCIÓN B (Recomendado):			
IMC:	%	HEATH-CARTER	Endomorfía:
FAULKNER	% Graso:		Mesomorfía:
MARTIN	M.M.:	YUHASZ	Ectomorfía:
DE ROSE	%G.Ideal: Peso Óptimo:		% Graso:
Valoración Composición Corporal:			

5. Test de Esfuerzo de No Contraindicación a la Práctica Deportiva:

OPCIÓN A. Test de No Contraindicación Básico (Ruffier):				
TA al finalizar:	mm/Hg	FC al finalizar:	ppm	
TA al minuto:	mm/Hg	FC al minuto:	ppm	
OPCIÓN B. Test de No Contraindicación a la Práctica Deportiva con Electrocardiografía de Esfuerzo (Recomendado):				
FC Máxima:	ppm	VO2 Máximo por estimación indirecta:	ml/kg/min	
Recuperación Tensional (mmHg):	al finalizar:	1' :	3' :	5' :
Potencia/Velocidad Máxima alcanzada:	Watios / m/s		Doble Producto:	
Trazado Electrocardiográfico de Esfuerzo:				
Intensidades Entrenamiento Aconsejadas:				

6. APTO / NO APTO. Otras Observaciones o Recomendaciones

<p>Nota: La OPCIÓN B irá acompañada de un informe Personalizado con Prescripción de Intensidades de Entrenamiento</p>	

Médico: _____
Nº Colegiado: _____
Fecha: _____
Firma: _____
Protección de datos
<p>De acuerdo con lo establecido en la Ley 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y en el Reglamento UE 2016/679 de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa al facultativo titular de los datos que éstos se incorporarán a un fichero del que es Responsable LA FEDERACIÓ D'ESPORTS ADAPTATS DE LA COMUNITAT VALENCIANA, como complemento a la tramitación de licencias, sin ningún otro fin y tratamiento. El titular autoriza a su incorporación y tratamiento pudiendo ejercitar ante el responsable del fichero los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos, dirigiendo su petición a la sede del Responsable, sita en Valencia, Calle Monestir de Poblet, 30-32 Bajo</p>