



CERTIFICADO MEDICO

1) Identificación del Paciente:

Nombre: _____

R.U.T.: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estatura (cms): _____ Peso (kgs.): _____

2) Antecedentes Clínicos:

a) Pulso: _____ por minuto

b) Presión Arterial (mm Hg.): _____

c) Índice Masa Corporal (IMC): _____

d) Sistema osteoarticular: _____

e) Sistema muscular: _____

f) Sistema cardiovascular: _____

g) Presencia de lesiones osteomusculares y/o articulares anteriores: _____

h) Presencia de enfermedades anteriores que afecten la actividad física: _____

i) Recuperación lograda en los casos g) y h) y grado de incidencia posterior: _____

3) Identificación del Profesional

Nombre: _____

Especialidad: _____

R.U.T.: _____

Dirección: _____

Registro Colegio Médico: _____

De acuerdo a los antecedentes evaluados, certifico que el paciente se encuentra *al momento actual*, perfectamente capacitado para realizar prácticas deportivas de alto rendimiento.

Fecha de atención: _____

FIRMA