



CERTIFICADO MÉDICO

1.- Identificación del paciente:

Nombre: _____

RUT: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estatura (cm): _____ Peso (kg): _____

2.- Antecedentes clínicos:

a) Pulso: _____ por minuto

b) Presión arterial Diastólica/Sistólica (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: _____

RUT: _____

Dirección: _____

Registro Colegio Médico: _____

Fecha de atención: _____

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

Firma y Timbre