



Federación Madrileña de Deportes para Sordos

Sede Social: C/ Elfo, 23 Local - 28027 Madrid

Telf.: 91.299.06.98 - Fax: 91.299.06.99

Email : fmds@fmds.es / url : www.fmds.es

CERTIFICADO RECONOCIMIENTO Médico – Deportivo

Modelo
787

Escríbase con la letra Mayúscula

● DATOS PERSONAL

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

● DATOS DE RESIDENCIA

| | | | | |
|----------------|---------------|---------|---------------|---------|
| Dirección: | Nº: | Portal: | Piso: | Puerta: |
| Código Postal: | Población de: | | Provincia de: | |

ANAMNESIS

| | |
|--|---------------|
| Antecedentes familiares: | |
| Antecedentes personales> Fracturas; Operaciones; Lesiones: | |
| Accidentes que precisaron hospitalización: | |
| Grupo Sanguíneo: | Alergia: |
| Deportes que practica: | Desde cuando: |

DATOS ANTROPOMETRICOS

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

EXPLORACIÓN APARATO LOCOMOTOR

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

APARATO CARDIO – RESPIRATORIO

| | |
|-----------------------|------------------|
| Cardiaca: | Pulmonar: |
| E.C.G. Basal: | T. A. Sistólica: |
| T.A. Diastolica: | F.C. Reposo: |
| <u>OTROS APARATOS</u> | |
| O.R.L.: | Boca: |

RESULTADO

| |
|--------------------------|
| Estado Físico: |
| Apto practica deportiva: |

● OBSERVACIÓN:

● MÉDICO

Nombre: _____
Nº Colegiado: _____

Firma y Sello
del Colegiado

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

NOTA: Este certificado tiene un periodo de validez de dos años desde la fecha examinador.