



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.