



Federación Madrileña de Deportes para Sordos

Sede Social: C/ Alejandro Sánchez 74 Local Bj. – 28019 Madrid

Telf.: 91.299.06.98 - Email : fmds@fmds.es / url : www.fmds.es

CERTIFICADO RECONOCIMIENTO Médico – Deportivo

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:
OTROS APARATOS	
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.