

Examen Médico

Primer apellido _____

Segundo Apellido _____

Nombre _____

Dirección: _____

Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Condición Física: _____

Oídos: _____

Pulmones: _____

Corazón: _____ Soplo: _____

Ritmo de pulso en reposo: _____

Pulso S/D (en reposo): _____

Presión S/D: _____

¿El participante sufre de alguna condición o padecimiento que limite en ejercer algún ejercicio físico?:

Certifico que _____ presenta una condición físicamente apta para realizar ejercicios de actividad física.

Fecha: _____

Nombre del médico: _____

Número de licencia: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

*Este examen médico no garantiza que no surjan problemas o complicaciones producto de condiciones de salud del participante, que no fueron detectadas cuando se completó esta evaluación.