

ALBERGUE OLÍMPICO

TELÉFONO: (787) 824-2200

1-800-981-2210

EXAMEN MÉDICO

_____ (1er APELLIDO)

_____ (2do APELLIDO)

_____ (NOMBRE)

DIRECCIÓN: _____

EDAD: _____ PESO: _____ ESTATURA: _____

OÍDOS: _____

PULMONES: _____

CORAZÓN: _____ (SOPLO) _____

PULSO EN REPOSO (RITMO) _____

PULSO S/D (EN REPOSO) _____

FECHA DE EXAMEN: _____

PULSO REPOSO: _____ PRESIÓN: S/D: _____

ALGUNA CONDICIÓN O PADECIMIENTO QUE LIMITE AL PACIENTE EN EJERCER ALGÚN EJERCICIO FÍSICO _____

Certifico que _____ está apto físicamente para realizar ejercicios.

NOMBRE DEL MÉDICO: _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____

TELÉFONO: _____ NÚMERO DE LICENCIA: _____

Este examen médico no garantiza que no puedan surgir problemas producto de condiciones de salud del participante que no fueron detectadas cuando se realizaron las pruebas para este examen.