



# RECONOCIMIENTO MEDICO

1º APELLIDO: .....  
 2º APELLIDO : .....  
 NOMBRE: .....  
 Fecha de nacimiento. /...../..... Lugar: .....  
 DNI: .....  
 Domicilio: ..... N° .....  
 Localidad: ..... C.P.: .....

## BIOMETRÍA Y EXPLORACIONES

.....	Pulsaciones en reposo.....
.....	Ídem tras 20 flexiones.....
Habito constitucional.....	Tiempo de recuperación.....
Deformidad fisica.....	Presión arterial en reposo
Hernias ecotopicas.....	Máx.
Aparato locomotor.....	Min.
Aparato cardio-vascular.....	Idem tras 20 flexiones
Ojos.....	Máx.
Sistema nervioso.....	Min.

## OBSERVACIONES CLINICAS

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**ESTADO FISICO**..... **APTO PRACTICA DEPORTIVA (SÍ) (NO)**  
 (Tachar lo que proceda)

**DILIGENCIA**  
 Reconocimiento medico efectuado el día.....de.....de 200.....

**VALIDEZ**  
 Reconocimiento valido hasta (mes y año).....

Pertenecente al club.....  
 Firma y sello del club

En el día de hoy ha sido reconocido el titular de este documento por el colegiado n°. de.....  
 (Firma y sello)