

Certificado de Evaluación Médica para la práctica deportiva anual e invernal. CAU.

 Aparato Locomotor: Apto Aparato Cardiovascular: Apto Medicación Crónica: Apto para la práctica deportiva anual a Restricciones Médicas. Sugerencias M Firma y Sello del Medico 	Si / No / invernal: Si		DRE o TUTOR
 Aparato Cardiovascular: Apto Medicación Crónica: Apto para la práctica deportiva anual práctica deportiva anual práctica Restricciones Médicas. Sugerencias M 	Si / No / invernal: Si		
Aparato Cardiovascular: AptoMedicación Crónica:	Si / No	i / No.	
Aparato Cardiovascular: Apto	•		
	•		
• Anarato Locomotor: Anto	SL/ NO		
		T CHINCUO ADGOINI	iidi.
• FCardíaca:	RMI:	Perímetro Ahdomi	nal·
	el Médico.		
• Traumas o lesiones osteoarticulare	S 31 / NO.	Cual:	
	•	Cual:	
·	•		
	•		
	-		
Enfermedades del Corazón:	-	Cual:	
Enfermedades Alérgicas:	Si / No.	Cual:	
Antecedentes Médicos del Deportista.	. Debe ser cor	npletado por el Méd	ico.
 Enfermedades Cardiacas. 			
 Muerte Súbita en Menores 	50 años.		
• Antecedentes familiares (1º grado:	Papa, Mama,	Hermano/as) de:	
Fecha Nacimiento:	Edad:	Se	exo:
Nombre y Apellido del Atleta:			
	Nombre y Apellido del Atleta: Fecha Nacimiento: Antecedentes familiares (1º grado:	Fecha Nacimiento: Antecedentes familiares (1º grado: Papa, Mama, Muerte Súbita en Menores 50 años. Enfermedades Cardiacas. Antecedentes Médicos del Deportista. Debe ser cor Enfermedades Alérgicas: Enfermedades Alérgicas: Enfermedades del Corazón: Epilepsia: Traumatismo de Cráneo con Amnesia: Si / No Sincope: Diabetes: Traumas o lesiones osteoarticulares Traumas o lesiones osteoarticulares Feadíaca: Peso: Antecedentes Médicos del Deportista. Debe ser cor Si / No Si / No Si / No Si / No Sincope: Si / No Examen Físico: Debe ser realizado por el Médico. Presión Arterial: FCardíaca: Peso: Altura: BMI:	Nombre y Apellido del Atleta: Fecha Nacimiento: Edad: Sc Antecedentes familiares (1º grado: Papa, Mama, Hermano/as) de: