



## **CERTIFICADO MÉDICO**

### **1.- Identificación del paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Estatura (cm): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_

### **2.- Antecedentes clínicos:**

a) Pulso: \_\_\_\_\_ por minuto

b) Presión arterial Diastólica/Sistólica (mm Hg.): \_\_\_\_\_

c) Índice masa corporal (IMC): \_\_\_\_\_

d) Sistema osteoarticular: \_\_\_\_\_

e) Sistema muscular: \_\_\_\_\_

f) Sistema cardiovascular: \_\_\_\_\_

g) Presencia de lesiones osteomusculares y/o articulares anteriores: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

h) Presencia de enfermedades anteriores que afecten la actividad física: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

i) Recuperación lograda en los casos g) y h) y grado de incidencia posterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **3.- Identificación del profesional:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Registro Colegio Médico: \_\_\_\_\_

Fecha de atención: \_\_\_\_\_

De acuerdo a los antecedentes evaluados, certifico que el paciente se encuentra al momento actual, perfectamente capacitado para realizar prácticas deportivas de alto rendimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma y Timbre