

[illegible]

PARA QUE COMPLETE EL MEDICO

PESO	
TALLA	
IMC	

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO	OBSERVACIONES
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			
MUERTE SÚBITA MENOR A 50 AÑOS			
HIPERTENSIÓN			
ACV			
DIABETES			
DISLIPEMIAS			
OBESIDAD			
CÁNCER			
OTRAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS			

ANTECEDENTES PERSONALES

	SI	NO	OBSERVACIONES
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			
INFARTO – ARRITMIAS			
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
DIABETES			
DISLIPEMIAS (COLESTEROL, TRIGLICERIDOS)			
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (ASMA/EPOC)			
PATOLOGÍAS OSTEARTICULARES (ARTRITIS/ARTROSIS/ESCOLIOSIS/LIGAMENTOSAS)			
CANCER			
ENFERMEDADES INFECCIOSAS			
ANEMIA			
ENFERMEDADES DIGESTIVAS			
ENFERMEDAD RENAL			
ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO (MAREOS, DESMAYOS, PARÁLISIS)			
ALERGIAS			

CERTIFICACION DE SALUD

Se deja constancia que conforme al **EXAMEN CLINICO PREVENTIVO** realizado a
..... el/la mismo/a se
encuentra..... por lo tanto (SI - NO) puede realizar actividades físicas o deportes acorde
a su edad, sexo, maduración y grado de entrenabilidad.

Validez: (12) meses.

APTO ACTIVIDAD NATATORIO SI – NO

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma y Sello Médico