



Federación Madrileña de Ciclismo

Temporada 2010

RECONOCIMIENTO MÉDICO-DEPORTIVO

Fecha

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos Nombre
Dirección Cód. Postal
Localidad Provincia
Telefono Categoría D.N.I.

ANAMNESIS

Alergias

A. Familiares

A. Personales

Fármacos (los utilizados durante los 6 últimos meses)

EXPLORACIÓN

Peso Kg Talla Cm T.A. / mm Hg Fc de reposo l.p.m.

A Pulmonar

A Cardíaca

Apto locomotor

ECG basal

Prueba de esfuerzo (breve descripción)

Los datos recogidos en la presente hoja son correctos y referidos a mi.

(Firma del deportista o de su tutor)

Ante las pruebas realizadas en el día de la fecha, se le considera APTO para el entrenamiento y competición en ciclismo

(Firma y sello del médico)