



CERTIFICADO MÉDICO

Yo _____ e visitado el medico abajo mencionado para un examen medico para saber si estoy apto para realizar el deporte de artes marciales y en este examen el doctor con su firma y cello aprueba que este participante realice deportes y ejercicio físico sin riesgos a la salud del participante en este examen se el doctor constatará lo siguiente:

RECONOCIMIENTO MÉDICO

El reconocimiento médico-deportivo es necesario para conocer el estado de salud y analizar aptitud física del alumno para poder realizar actividades físico-deportivas. Con un reconocimiento básico se pretende:

Objetivar si existen alteraciones o enfermedades que supongan un riesgo para el deportista o que aumenten las posibilidades de lesión.

Determinar si es preciso que el deportista se someta a pruebas complementarias y exploraciones más específicas.

Decidir si la persona es apta para la práctica de actividad físico-deportiva y orientar al deportista en la corrección de los desequilibrios o dolencias antes de iniciar la práctica deportiva.

Por ello, la LPKDT-PR aconseja que el certificado médico que se adjunta sea cumplimentado tras haberse sometido a un reconocimiento médico-deportivo básico que conste, al menos, de:

Historia médica (antecedentes familiares, hábitos de vida, enfermedades pasadas y actuales, intervenciones quirúrgicas, alergias conocidas, medicación habitual).

Nivel de actividad física. Exploración física: Auscultación cardio-pulmonar, tensión arterial, pulsos periféricos. Revisión otorrinolaringológica.

Examen del aparato locomotor:

alteraciones de los ejes, dismetrías,

alteraciones de la columna en el plano frontal y sagital, huella plantar. Talla y peso.

Pruebas complementarias:

Electrocardiograma en reposo. Espirometría.

Otras pruebas y exploraciones deseables, aunque no imprescindibles, para cumplimentar el certificado médico, siempre a criterio del facultativo serían:

Análisis de orina básico, hemograma y bioquímica.

Determinación del consumo indirecto de oxígeno

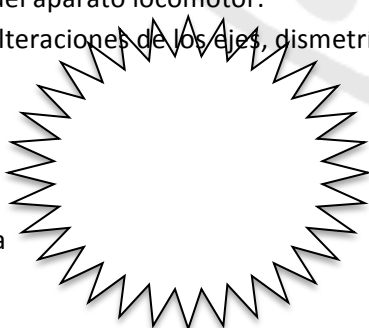
(excepcionalmente puede considerarse el llevar a cabo una prueba de esfuerzo y determinación del consumo directo de oxígeno mediante analizador de gases). En base a los hallazgos, el médico que firme el documento deberá indicar si el deportista puede ser considerado:

APTO: no hay limitaciones para realizar ejercicio físico o actividad deportiva.

APTO CON RECOMENDACIONES: indicando las orientaciones y condiciones en las que puede practicar deporte o actividad física.

NO APTO: Temporalmente para una determinada actividad o deporte. Permanentemente para una determinada actividad o deporte. Temporalmente para la práctica de cualquier actividad físico-deportiva. Permanentemente para la práctica de cualquier actividad físico-deportiva.

Sello o Firma
Del Dr.





• PO Box 20975, San Juan PR 00910 • Tel. 787-727-6026 • WWW.LPKDT-PR.ORG • DarioPcx@Hotmail.com •

Certifico que:

El Sr.(a) esta _____ Para realizar actividades físicas deportivas por lo cual yo Dr. _____ Certifico que el antes mencionado esta _____ Para realizar actividades físicas deportivas numero de licencia medica _____ , Fecha _____ .

Notas Recomendaciones: _____

En San Juan, Puerto Rico a los _____ del mes de _____ de 20____.

Nombre del Estudiante

Fecha

Firma De Padre

Nombre De Padre o Encargado

Firma del padre o Encargado

Relación con el Estudiante

Sello o Firma
Del Dr.

