



Certificado Medico 2026

Nombre y Apellido:

Fecha Nacimiento:/...../..... **D.N.I.:**

Obra Social:

Sangre Grupo: **Factor:**

Tiene algún tipo de alergia: SI—NO

✓ Durante los últimos 6 meses, presento alguna enfermedad o cirugía que requirió algún tratamiento o internación? SI—NO Cuales???

✓ Toma algún medicamento? SI—NO En caso afirmativo, cual y para qué?

✓ Vacunación: Tiene los esquemas completos de vacunación: SI—NO

Para ser llenado por el Médico

Examen Físico:

Estado General:

Evaluación Cardiológica:

Informe Ergometría:

De la evaluación realizada se deja constancia que la: Sra.....

Se encuentra Apta/ No Apta para realizar deporte competitivo.

Lugar y fecha

Firma y sello del Médico