



# Federación Madrileña de Ciclismo

Temporada 2009

## 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)