



Federación Madrileña de Ciclismo

Avda. Salas de los Infantes, 1 – 7º Planta Madrid 28034
www.fmciclismo.com E-mail: fmciclismo@fmciclismo.com
Tels: 91 364 63 51/ 52 Fax: 91 364 63 55

RECONOCIMIENTO MÉDICO-DEPORTIVO

Fecha

DATOS DE FILIACIÓN

Apellidos	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Dirección	<input type="text"/>	Cód. Postal	<input type="text"/>
Localidad	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	Categoría	<input type="text"/>
		D.N.I.	<input type="text"/>

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)