



## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA

Segovia, 71 Local A  
28005 Madrid (SPAIN)  
0034913541386  
rfeh@rfeh.com  
www.rfeh.com

### ➤ DATOS DEL DEPORTISTA

|            |      |
|------------|------|
| Nombre:    | NIF: |
| Apellidos: |      |

### ➤ PRUEBAS DE LA VALORACIÓN DE LA APTITUD MÉDICA PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA NECESARIAS PARA FORMALIZAR LA LICENCIA FEDERATIVA:

1. HISTORIAL  
Recopilación de todos los antecedentes médicos y quirúrgicos familiares y personales, así como hábitos tóxicos.
2. ANTROPOMETRÍA  
Peso-Talla- Índice de la masa corporal- Pliegues cutáneos (*sí se dispone de plicómetro- lipómetro*).
3. APARATO LOCOMOTOR  
Exploración general para determinar factores de riesgo de lesiones.
4. APARATO CARDIO-RESPIRATORIO  
Auscultación cardiaca-Frecuencia cardiaca-Presión arterial  
Electrocardiograma  
Espirometría

|   |
|---|
| Sí es el caso, añadir otras pruebas realizadas: |
|---|

### ➤ CERTIFICADO MÉDICO

CERTIFICO que se ha realizado la valoración de la aptitud médica para la práctica deportiva según el protocolo de la Real Federación Española de Hockey y, con el resultado de las pruebas realizadas, se considera al deportista:

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>APTO</b> para la práctica deportiva de hockey |
|--------------------------|--|

|                |  |                           |  |
|----------------|--|---------------------------|--|
| Nº Colegiado/a |  | Del Colegio de Médicos de |  |
|----------------|--|---------------------------|--|

Y, para que así conste a quien convenga, firmo el presente certificado

En  a  de  de

**CERTIFICADO VÁLIDO POR 2 AÑOS**

Firma, número de colegiado y sello

|   |
|---|
| <i>La revisión médica básica es obligatoria para todos los deportistas (jugadores/as y árbitros/as) de hockey que tramiten su licencia federativa</i> |
|---|