



2ª Página Certificado Médico

Nombre del Atleta: _____

Vacunas administradas

- Sarampión Varicela Tuberculosis Tétanos
 Hepatitis Polio HIV / AIDS Otras,...

Fecha de administración de la última vacuna del tétanos (día-mes-año) ____ - ____ - ____

Medicaciones (Facilite información de la medicación que toma actualmente):

Nombre del Medicamento	Dosis	Fecha prescripción
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Si presenta alguna patología que precise tratamiento urgente, especifique las pautas terapéuticas habituales a seguir en esta situación clínica urgente

Comentarios del médico y/o restricciones en la participación del atleta:

Este formulario debe ser firmado por un médico autorizado.

Comentarios del médico:

"He revisado la información médica arriba detallada y examinado el nombre del atleta en la solicitud, y certifico que no hay ninguna evidencia médica que impida al atleta poder participar en los Campeonatos, Cursos de Formación y otras actividades que organice Special Olympics Aragón, Special Olympics España o la Delegación Aragonesa de la Federación Española de Deportes para Discapacitados Intelectuales. en el plazo de un año desde la firma de este documento". (Si existiese durante el periodo de validez de este documento cualquier cambio en su cuadro clínico, será necesario un nuevo certificado médico).

Apellido _____ Nombre _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____
 Teléfono de día _____ Noche _____ Nº Colegiado _____

Firma del Médico _____ Fecha _____