



CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DEPORTIVA

DATOS DEL DEPORTISTA

Nombre:	NIF:
Apellidos:	

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

- HISTORIAL.**
Recopilación de todos los antecedentes médicos y quirúrgicos familiares y personales, así como hábitos tóxicos.
- ANTROPOMETRÍA.**
Peso-Talla- Índice de la masa corporal- Pliegues cutáneos (*si se dispone de plicómetro-lipómetro*).
- APARATO LOCOMOTOR.**
Exploración general para determinar factores de riesgo de lesiones.
- APARATO CARDIO-RESPIRATORIO.** Auscultación cardíaca- Frecuencia cardíaca- Presión arterial Electrocardiograma
- EXPLORACIÓN ABDOMINAL.**
- EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA.**
- EXPLORACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL Y AUDITIVA.**
- OPCIONAL:** espirometría, prueba de esfuerzo, ecocardiograma.

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:

___ APTO 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 DOS TEMPORADAS:
2025-2026 Y 2026-2027

Firma, número de colegiado y sello:

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

REAL FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE HOCKEY

C. Segovia 71, local A - 28005 Madrid - T. 91 354 13 86 - Fax. 91 078 40 39

www.rfeh.es

