



CERTIFICADO DE APTITUD FISICA

(Para Estudiantes de 2° a 4° año)

El que suscribe, especialista en cardiología Doctor/a

..... Nro. de matrícula

Certifica que el/la paciente

DNI, en base a los estudios médicos cardiológicos solicitados, (ECG, ERGOMETRÍA DE ESFUERZO MÁXIMO) y que tengo ante mí presencia: NO presenta contraindicaciones para la práctica de Actividad Física y Deportes.

Fecha

Firma y Sello del Médico