



COMPETITIVE SPORTS PHYSICAL FORM CERTIFICADO MÉDICO PARA DEPORTES DE COMPETICIÓN

This form is for students **NOT** performing a school-organized medical check-up.

Este es sólo para aquellos alumnos que **no** se sometan al reconocimiento médico organizado por el colegio.

Student Name | Nombre de alumno _____

Birth Year | Fecha de Nacimiento _____

Sport | Deporte _____

Height | Talla _____

Weight | Peso _____

Allergies, Asthma | Alergias, Rinitis _____

Blood Pressure | Tensión arterial _____

Lungs | Auscultación cardiaca _____

Basal pulse | Pulso basal _____

After exercise | Tras el ejercicio _____

Recovery time | Tiempo de recuperación _____

May participate in competitive sports

Puede participar en deportes de competición

☐ Yes | *Si*

☐ No

Observations | *Observaciones:*

School ID number | N° de Colegiado _____

Doctor's signature | *firma de medico* _____

Date | *Fecha:* _____