



# REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE CICLISMO

## ANEXO Nº 2. FICHA DE RECONOCIMIENTO MEDICO - DEPORTIVO

### FILIACION

APELLIDOS:   
NOMBRE:   
DOMICILIO (calle-piso):   
CODG. POSTAL:    
LOCALIDAD:   
TELEFONO:

D.N.I.:   
FECHA NACIMIENTO:   
LUGAR NACIMIENTO:   
ESTADO CIVIL:   
PROFESION:   
FECHA:

### ANAMNESIS

ANTCD. FAMILIARES:

ANTCD. PERSONALES:

FRACTURAS:

OPERACIONES:

LESIONES:

GRUPO SANGUINEO:

ALERGIAS:

VACUNACION:  
(TIPO-FECHAS)

AÑOS PRACTICA CICLISMO:

KILOMETRAJE ANUAL:

TIPO PEDAL USADO:

CLASICO:

AUTOMATICO:

ACCIDENTES QUE PRECISARON HOSPITALIZACION:



# REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE CICLISMO

## DATOS ANTROPOMETRICOS

PESO:   
TALLA PIE:   
TALLA PUBIS. SUELO:   
TALLA SENTADO:   
(banco 40 cm.)  
ENVERGADURA:

PER. TORAC. INSP.:

PER. TORAC. ESP:

DISTANCIA FEMUR. SUELO:   
(desde trocánter)

DISTANCIA TIBIA SUELO:   
(desde cabeza peroné)

## APARATO CARDIO-RESPIRATORIO

### AUSCULTACION:

CARDIACA:

PULMONAR:

T.A. SISTOLICA:

F.C. REPOSO:

T.A. DIASTOLICA:

E.C.G. BASAL:

\* **ESPIROMETRIA BASAL:**   
( \* OPCIONAL)

\* **PRUEBA DE ESFUERZO**  
AEROBICA:   
( \* OPCIONAL)

ANAEROBICA:   
( \* OPCIONAL)

## EXPLORACION APARATO LOCOMOTOR

**COLUMNA VERTEBRAL:**   
DISMETRIAS

**ALINEACION EJES EEII:**   
GENOS . ROTACIONES.  
ROTULAS

**OTROS APARATOS**  
PIES:

VISION:

O.R.L.:

BOCA:

OTROS:

## MEDICO

APELLIDOS:

NOMBRE:

NUMERO COLEGIADO:  LUGAR:

**FIRMA**



# REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE CICLISMO

## ANEXO Nº 2 BIS. CERTIFICADO MEDICO – DEPORTIVO DE CAPACITACION PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA DEL CICLISMO

Don/Doña \_\_\_\_\_, como médico colegiado número \_\_\_\_\_, del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de \_\_\_\_\_,

### CERTIFICO QUE:

En el reconocimiento médico realizado en cumplimiento del artículo I.A.2.1, punto octavo, de las disposiciones generales de los Reglamentos Técnicos de la Real Federación Española de Ciclismo; **no se detecta factor de riesgo que contraindique la práctica deportiva del ciclismo**, en el deportista que se relaciona a continuación:

Don/Doña: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

C.Postal: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Y para que así conste a los efectos oportunos firmo el presente Certificado en \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_.