



CERTIFICADO DE SALUD – ISEF N°27 AÑO 2025

I. EXAMEN POR MÉDICO CARDIÓLOGO

FECHA: ____ / ____ / ____

Electrocardiograma: Normal (Se debe adjuntar el estudio debidamente informado por **CARDIÓLOGO**)

Certifico que el Sr. / Sta. _____

D.N.I. _____ no padece enfermedades cardiovasculares al momento del examen clínico efectuado, encontrándose **APTO** para la práctica de ejercicios de máxima intensidad y/o deportes, acorde al nivel actual de entrenamiento. Para ser presentado al Instituto Superior de Educación Física.

Firma y sello del profesional: _____

Apellido y nombre del médico cardiólogo: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

Nota: Si algún elemento del examen clínico y/o electrocardiograma es positivo, el profesional indicará los estudios y consultas que considere convenientes y/o necesarios para poder evaluar adecuadamente al aspirante.

II. EXAMEN BUCODENTAL

FECHA: ____ / ____ / ____

Normal

EN TRATAMIENTO.

Firma y sello del profesional: _____

Apellido y nombre del odontólogo: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____