



CERTIFICADO PARA ESTUDIANTES DE 3er. AÑO

El que suscribe, especialista en cardiología Doctor

Nro. de matrícula Certifica que el paciente

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

Fecha:/...../20.....

.....

Firma y Sello
Médico



Instituto de Educación Física
9-016 "Dr. Jorge E. Coll"

