

## **CERTIFICADO MÉDICO SIMPLIFICADO**

Yo, \_\_\_\_\_, colegiado/a nº \_\_\_\_\_  
del [colegio profesional/centro sanitario] \_\_\_\_\_,

### **CERTIFICO**

Que [nombre del paciente] \_\_\_\_\_  
(fecha nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_), tiene aptitud para acceder a las  
instalaciones del gimnasio ZIEKO GYM bajo las siguientes condiciones terapéuticas,  
según evaluación médica realizada en consulta:

### **RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS**

- ☐ Ejercicio con pesas (peso máximo: \_\_\_\_\_ kg)
- ☐ Carrera en cinta (intensidad: ☐ leve ☐ moderada ☐ controlada)
- ☐ Bicicleta estática (duración máxima: \_\_\_\_\_ minutos)
- ☐ Elíptica (intensidad: ☐ baja ☐ media)
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

### **RESTRICCIONES**

- ☐ Evitar ejercicios de impacto
- ☐ No superar [\_\_\_\_] pulsaciones por minuto
- ☐ Prohibido usar cualquier máquina no especificada en este certificado
- ☐ Otras: \_\_\_\_\_

### **VIGENCIA Y DECLARACIONES LEGALES**

Período de validez:

Desde // \_\_\_\_\_ hasta // \_\_\_\_\_ (máximo 12 meses salvo  
indicación contraria)

### **Certificación de especialidad:**

Certifico que mi especialidad \_\_\_\_\_ me  
capacita para evaluar la aptitud física del paciente

### **Responsabilidad del usuario:**

El gimnasio no se responsabiliza de incumplimientos de las recomendaciones médicas  
aquí descritas. El usuario/tutor declara entender los riesgos y se compromete a seguirlas

## **DATOS DEL PROFESIONAL**

Firma y sello:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Nº colegiado: \_\_\_\_\_

Contacto del centro sanitario: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar:

En [ciudad]\_\_\_\_\_, a //\_\_\_\_.