



## FICHA MEDICA

## DATOS DEL JUGADOR

APELLIDO:	NOMBRE:
DNI:	FECHA DE NACIMIENTO:
CLUB DE PERTENENCIA:	

## DATOS DEL PADRE

Apellido y Nombre:	Teléfono:
--------------------	-----------

## DATOS DE LA MADRE:

Apellido y Nombre:	Teléfono:
--------------------	-----------

## OBRA SOCIAL:

Nº DE ASOCIADO:

Teléfonos de Urgencias:

## DATOS MÉDICOS

Grupo sanguíneo:

Es alérgico a:

Bajo tratamiento por:

Medicación que toma permanentemente:

TALLA:	PESO:	TA:	FC:
--------	-------	-----	-----

EXÁMEN	N	P	Describir anomalía
PIEL			
OJOS (EXTERNO)			
NARIZ			
BOCA Y FAUCES			
CUELLO			
PULMONES			
CORAZÓN			
ABDOMEN			
EXTREMIDADES			
COLUMNA			

Agudeza visual	Visión lejana	OD:	OI:	Con corrección	SI		NO
	Observaciones						

Marcar la opción que corresponda:

- Sin contraindicaciones para la práctica de ejercicio físico y/o deporte.  
 Con autorización de especialista para realizar ejercicios físicos (especificar)  
 Contraindicación absoluta para la práctica deportiva

FECHA	Firma Jugador	Firma / Sello Médico
-------	---------------	----------------------



FECHA: / /

CLUB DE PERTENENCIA: .....

APELLIDO/S: ..... NOMBRE/S: .....

DNI: .....

**INFORME ECG:**

(Sólo válido con firma y sello de especialista y ECG original adjunto)

Ritmo: .....

Frecuencia cardíaca: .....

Conclusión: .....

Observaciones: .....

PEGAR ELECTROCARDIOGRAMA

.....  
FIRMA Y SELLO DE ESPECIALISTA .....