

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:	N° 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:

<input type="checkbox"/>	Sin contraindicaciones para la práctica de ejercicio físico y/o deporte.
<input type="checkbox"/>	Con autorización de especialista para realizar ejercicios físicos (especificar)
<input type="checkbox"/>	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 .