



FICHA MÉDICA

CLUB.....

Apellidos y Nombres Jugador _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____ Email: _____

ERGOMETRIA o ELECTROCARDIOGRAMA (se debe adjuntar original con informe)

Ergometría obligatoria para todo jugador/a mayor de 18 años o este por cumplir según año calendario

CONCLUSION: _____

Grupo Sanguíneo y Factor RH: _____

MARQUE: SI o NO

Vacuna Antitetánica Obligatoria: _____

Enfermedades Vías Respiratorias: _____

Hipertensión Arterial: _____

Diabetes _____

Alergia a medicamentos _____

Convulsiones, Perdida Conocimiento: _____

Asma Bronquial _____

Ruidos Cardiacos _____

Obesidad: _____

Otras Alergias _____

Aclaraciones u Otras Afecciones: _____

Medicamentos que Recibe Habitualmente: _____

En caso de necesidad llamar a: _____ Tel: _____

Certifico que el/la paciente conforme a los estudios realizados precedentemente, se encuentra

APTO – NO APTO, para realizar actividades deportivas acorde a la edad.

(Tachar lo que no corresponda)

Fecha __/__/__

Firma y Sello del Medico