

FORMULARIO RECOMENDADO INTERNO DE CADA CLUB FMB N° 001

Ficha Médica.

DATOS DEL JUGADOR			
Nombre y Apellido	Lola Galasso HERNANDO	Fecha de Nacimiento	24-04-02
Dirección	Av. Brasil 2518	Teléfono	1131306326
Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
		MARIA CRISTINA HERNANDO	
Lugar de trabajo del Padre		Lugar de trabajo de la Madre	
Teléfono		Teléfono 1131311996	
Familiares cercanos		Médico del Jugador	
Teléfono		Teléfono	
Obra Social y N° de Asociado		DAS / 49175748 01-01-6 ONINT	
Teléfono de Urgencias.		1131311996	

- A. Grupo sanguíneo O+
- B. Es alérgico a -
- C. Se encuentra bajo tratamiento por -
- D. Medicación que toma permanentemente -
- E. Fecha de vacunación antitetánica/...../..... Mar 2016
- F. Tuvo Covid-19 (si (no)) Fecha: ¿Recibió la vacuna? (si (no)) Fecha:
- G. Alguna otra situación particular determinada por el medico que deba ser conocida
-

A completar por el médico:

¿El alumno requiere de algún tratamiento especial durante la clase?..... No ¿Cuál?

¿Hace uso de algún medicamento especial?..... No ¿Cuál?

¿Por qué?.....

¿Está apto para realizar actividades deportivas dentro de los entrenamientos y partidos de Handball durante el corriente año? Si

Resultado del electrocardiograma de esfuerzo..... -

Médico responsable

Firma y sello

Lugar y fecha del examen: Buenos Aires ; 12 de Marzo de 2021


Carlos García Gerardi
Médico Oncólogo
M.N. 102180

**DICHA CONSTANCIA MEDICA AUTORIZA AL JUGADOR/A PUEDE SER PRESENTADA EN
LOS TORNEOS NACIONALES Y ARGENTINOS**