

FORMULARIO RECOMENDADO INTERNO DE CADA CLUB FMB N° 001**Ficha Médica.****DATOS DEL JUGADOR**

Nombre y Apellido	LUCIANA GALLO	Fecha de Nacimiento	11/02/04
Dirección	Virrey Liniers 2351 1º E	Teléfono	4912 2902
Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
Sergio Gallo		Sabrina Garay	
Lugar de trabajo del Padre CABA		Lugar de trabajo de la Madre CABA	
Teléfono 1165195110		Teléfono 1165190840	
Familiares cercanos		Médico del Jugador	
Teléfono		Teléfono	
Obra Social y N° de Asociado Galeno Plata		0174440301-07	
Teléfono de Urgencias. 4321 4222 11 0610-999 URGENCIAS (8743)			

- A. Grupo sanguíneo A+
- B. Es alérgico a -
- C. Se encuentra bajo tratamiento por -
- D. Medicación que toma permanentemente -
- E. Fecha de vacunación antitetánica / /
- 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? ¿Cuál?

¿Hace uso de algún medicamento especial? ¿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 Ritmo Sinusal normal

Médico responsable

Lugar y fecha del examen: CABA 3 de 3 de 2021

Firma y sello Dr. MEANA GONZALEZ JOSE F.
MEDICO CARDIOLOGO
M.N. 138286

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