

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

DATOS DEL JUGADOR			
Nombre y Apellido	ALDANA BELÉN MOLINARO	Fecha de Nacimiento	31-08-01
Dirección	BONDEAU 4068	Teléfono	15-6922-1045
Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
PEDRO JAVIER MOLINARO		DANIELA ALEJANDRA RUBIANES	
Lugar de trabajo del Padre		Lugar de trabajo de la Madre	
Teléfono 15-3184-2662		Teléfono 15-5935-3609	
Familiares cercanos NADIA SOLEDAD MOLINARO		Médico del Jugador —	
Teléfono 15-3156-9267		Teléfono —	
Obra Social y N° de Asociado OSECAC 43.445.207			
Teléfono de Urgencias. 08006660400			

- A. Grupo sanguíneo O+.....
- B. Es alérgico a .....  
.....
- C. Se encuentra bajo tratamiento por .....  
.....
- D. Medicación que toma permanentemente .....  
.....
- E. Fecha de vacunación antitetánica ..... 20...../08...../19.....
- F. Tuvo Covid-19 (si) - no ) Fecha: 22-01-22 ¿Recibió la vacuna? (si) - no ) Fecha: 28-07-21  
31-08-21
- G. Alguna otra situación particular determinada por el medico que deba ser conocida  
— 22-02-22

**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..... Terguardia Social, Fe 10/20 Dr. Pablo Jurado C. 10/20/22  
Médico Cardiólogo  
M.N. 163312

Médico responsable

Firma y sello

Lugar y fecha del examen: ..... ; 19 de Febrero de 2022

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