

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

Nombre y Apellido	Celeste Aylen Noli	Fecha de Nacimiento	10/07/02
Dirección	Blvr. Olimpico J.B. Zubiaur 4311 7°B CABA.	Teléfono	
Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
Felipe Noli Gulle		Silvina Cynthia Giordano	
Lugar de trabajo del Padre G.C.A.B.A		Lugar de trabajo de la Madre G.C.A.B.A.	
Teléfono 11-4972-0432		Teléfono 11-3569-7219	
Familiares cercanos		Médico del Jugador Dra Marta Suarez	
Teléfono		Teléfono	
Obra Social y N° de Asociado ObSBA 01358660/11			
Teléfono de Urgencias. 4000-8888 (VITAL)			

- A. Grupo sanguíneo B -
- B. Es alérgico a
- C. Se encuentra bajo tratamiento por
- D. Medicación que toma permanentemente
- E. Fecha de vacunación antitetánica 13 / 05 / 2014
- F. Tuvo Covid-19 (si) - no) Fecha: 3/01/22 ¿Recibió la vacuna? (si) - no) Fecha: 1) 28/7/21
2) 1/9/21
3) 28/01/22
- 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..... Normal

Médico responsable

Firma y sello

Lugar y fecha del examen: CABA ; 21 de febrero de 2022

Dra. MARTHA G. SUAREZ
PEDIATRA-ENDOCRINOLOGA
M.N. 70886

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