

FORMULARIO RECOMENDADO INTERNO DE CADA CLUB FMB N° 001

Ficha Médica.

DATOS DEL JUGADOR			
Nombre y Apellido	NOELIA LUNA	Fecha de Nacimiento	10-09-2005
Dirección	MONTEAGUDO 231 1°6 CABA	Teléfono	22043916
Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
CARLOS LUNA		MARIELA GARCIA	
Lugar de trabajo del Padre		Lugar de trabajo de la Madre	HOSP. CHURRUCÁ
Teléfono	15 6452 8875	Teléfono	15 65994098
Familiares cercanos	ABUELA / HERMANA	Médico del Jugador	DR. NIEGO FANJUAN
Teléfono	15 5909 6645 / 15-2278-3170	Teléfono	15-3441-5639
Obra Social y N° de Asociado	SUP. BIENESTAR - PPA		
	HOSP. CHURRUCÁ 411587102		
Teléfono de Urgencias.	4909-4600		

- A. Grupo sanguíneo A+
- B. Es alérgico a
- C. Se encuentra bajo tratamiento por
- D. Medicación que toma permanentemente
- E. Fecha de vacunación antitetánica 03 / 11 / 2016
- F. Tuvo Covid-19 (si - no) Fecha: ¿Recibió la vacuna? (si - no) Fecha: 13/10/2021
03/11/2021
10/02/2022
- G. Alguna otra situación particular determinada por el medico que deba ser conocida

A completar por el médico:

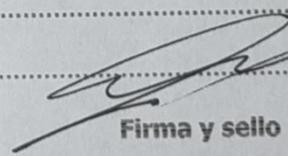
¿El alumno requiere de algún tratamiento especial durante la clase?..... NO ¿Cuál?

¿Hace uso de algún medicamento especial?..... - ¿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 ; 18 de 02 de 2022.

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