

FORMULARIO RECOMENDADO INTERNO DE CADA CLUB FMB N° 001

Ficha Médica.

DATOS DEL JUGADOR			
Nombre y Apellido	AILEN GONZALEZ	Fecha de Nacimiento	20/06/2007
Dirección	Av. Caseros 2774 20B	Teléfono	11-4163-0669
Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
CLAUDIO GONZALEZ		LAURA RONSAO	
Lugar de trabajo del Padre	MUN. DESARROLLO SOCIAL	Lugar de trabajo de la Madre	MUN. DESARROLLO SOCIAL
Teléfono		Teléfono	
Familiares cercanos	Familiares	Médico del Jugador	LORENZO DEL VECCHIO
Teléfono	1151657240	Teléfono	114179262
Obra Social y N° de Asociado	UP-00516491012		
Teléfono de Urgencias.	0010 444 1122		

- A. Grupo sanguíneo O+
- B. Es alérgico a AMOXICILINA
- C. Se encuentra bajo tratamiento por -
- D. Medicación que toma permanentemente -
- E. Fecha de vacunación antitetánica 10/07/2018
- F. Tuvo Covid-19 (si no) Fecha: 17/10/2021
 ¿Recibió la vacuna? (si no) Fecha: 11/11/2021
18/02/2022
- 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? NO ¿Cuál?

¿Por qué?

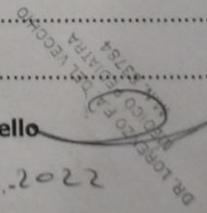
¿Está apto para realizar actividades deportivas dentro de los entrenamientos y partidos de Handball durante el corriente año? SÍ

Resultado del electrocardiograma de esfuerzo.....

Médico responsable

Firma y sello

Lugar y fecha del examen: Ailen Gonzalez de 23 de febre 2022



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

