



FICHA MÉDICA

Deporte: Categoría en el año 2023:

Datos del deportista:

Nombre y apellido: VIOLETA GERARDI

Fecha de nacimiento: 28 / 8 / 2009 N° DNI: 49736907 Teléfono: 115764-7284

En caso de urgencia contactar a: GABRIEL GERARDI

Parentesco: PADRE Teléfono: 115764-7284

Médico del deportista: Teléfono:

Obra social y N° Afiliado: SWISS MEDICAL M° 8000060970674050003

Teléfono de urgencias:

A. Grupo sanguíneo: O+

B. Es alérgico a: NO

C. Se encuentra bajo tratamiento por: NO

D. Medicación que toma permanentemente: NO

E. Fecha de vacunación antitetánica:/...../.....

F. Contrajo COVID-19: SÍ / (NO)

G. Fecha de vacunación COVID-19 (esquema completo):/...../.....

H. Alguna otra situación particular determinada por el médico que deba ser conocida:

.....
.....

A completar por el médico:

¿El deportista requiere de algún tratamiento especial? SÍ / NO ¿Cuál?

.....

¿Hace uso de algún medicamento especial? SÍ / NO. ¿Cuál?

.....

¿Por qué?

¿Está apto para realizar actividades deportivas dentro de los entrenamientos y partidos de su disciplina durante el

corriente año?

Resultado del electrocardiograma de esfuerzo

Médico responsable: Firma y sello

Lugar y fecha del examen: de de

CARDIOLOGIA

Apellido y nombre: Gerardi Violeta
 Edad: 13 Años Peso: _____ Altura: _____
 Antecedentes personales: NO, meyo 1 temido
 Antecedentes familiares: NO

ECG Nr
 RITMO: Normal FC: 70 PR: 0,14 QRS: 0,8

EXÁMEN CARDIOVASCULAR

R1: N R2: N SILENCIOS: el PP: + TA: 100/66
 Observaciones: APNO

Christian G. Martí
 Médico Pediatra
 Cardiólogo Infantil
 M.N. 109.804

OFTALMOLOGIA | AGUDEZA VISUAL

		Ojo derecho	Ojo izquierdo
Lejos	Sin corrección	<u>10/10</u>	<u>10/10</u>
	Con corrección	<u>—</u>	<u>—</u>
		Ojo derecho	Ojo izquierdo
Cerca	Sin corrección	<u>V=9,50D</u>	<u>V=9,50D</u>
	Con corrección	<u>—</u>	<u>—</u>

Usa Lentes: NO Observaciones: ortotropia, desviación de

Apto Escala

DANIEL IBARRA
 PEDIATRA - OPTALMÓLOGO
 M.N. 149393 - M.P. 335588

Firma y sello del Médico

070-1617 jallus jo

PEDIATRIA

Enfermedades que padece ó padeció:

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ Sarampión | ☐ Bronquitis | ☐ Asma |
| ☐ Varicela | ☐ Hernias | ☐ Problemas neurológicos |
| ☐ Tos Convulsa | ☐ Sinusitis | ☐ Reumatismo |
| ☐ Paperas | ☐ Diabetes | ☐ Celiaquía |
| ☐ Cardiopatías | ☐ Escarlatina | ☐ Epilepsia |
| ☐ Otitis | ☐ Meningitis | |

☐ Otras _____

Antecedentes de interés:

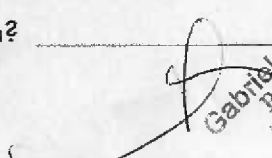
Operaciones _____

Traumatismos y/o fracturas _____

¿Es alérgico? _____ ¿A qué? _____

¿Cómo lo evita? _____

¿Sufre de diabetes? ¿Tiene problemas de coagulación? _____


Firma y sello del Médico

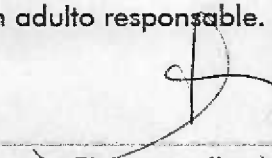
13 de febrero 2023

Dejo constancia que Gianfranco Villalva, DNI 44736407

de 13 años de edad ha sido evaluado clínicamente en el día de la fecha y se encuentra

en condiciones de salud para realizar actividades físicas y deportivas recreativas acorde a su

edad, sexo, estadio madurativo y bajo supervisión de un adulto responsable.


Firma y sello del Médico

CONFEDERACION ARGENTINA DE HANDBALL

Fundada el 15 de octubre de 1921. Personería jurídica C-4677

Cédula de inscripción	Número		
Torneo Nacional	Sede	Fecha	
Jugador:	VIOLETA GERARDI	Nº de afiliación	
Doc. Identidad:	49736907	Fecha de Nacimiento	28-8-09
Club al que pertenece:	Firma Jugador:		

Solo para menores de 18 años. Autorización Padre, tutor ó encargado. (Deberá firmarse ante juez de paz, escribano o policía.

Autorizo la participación de mi hijo/a en el torneo precedentemente mencionado.

Lugar:	Firma:	Aclaración	GABRIEL GERARDI
Doc. Identidad:	22.980.727	Fecha.	

Certifico la aptitud física para la práctica del Handball del titular de la presente cédula de inscripción.

Lugar:	13-2-23	Firma Médico	Aclaración	Gabriel Zaroli
Matrícula:	6436	Fecha.	13-2-23	

Visto Bueno Club. Convalidamos los datos y procedimientos que anteceden.

Lugar:	Fecha.
Firma Presidente:	Aclaración
Doc. Identidad:	Sello:

Visto Bueno Asociación ó Federación: Convalidamos los datos y procedimientos que anteceden.

Lugar:	Fecha.
Firma Presidente:	Aclaración
Doc. Identidad:	Sello:

Observaciones de la CAH

Aprobación final de la comisión de control de documentación

Fecha:

Firmas: