

24/1/23, 12:03

IMG-20230124-WA0016.jpg



FICHA MÉDICA

Deporte: HANDBOLCategoría en el año 2023: JUVENILES

Datos del deportista:

Nombre y apellido: IGNACIO SILVA FUENTESFecha de nacimiento: 20/05/2005 N° DNI: 46753087 Teléfono: 1122617465En caso de urgencia contactar a: 1149484245 (PAPA) 1135623444 (MAMA)

Parentesco: Teléfono:

Médico del deportista: Teléfono:

Obra social y N° Afiliado: OMINT DCAUF 1169453601017Teléfono de urgencias: 0800 888 66468

- A. Grupo sanguíneo: O+
- B. Es alérgico a:
- C. Se encuentra bajo tratamiento por: -
- D. Medicación que toma permanentemente: -
- E. Fecha de vacunación antitetánica: 3/3/2017
- F. Contrajo COVID-19: NO
- G. Fecha de vacunación COVID-19 (esquema completo): 9/2/22 (Única dosis)
- 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? 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 su disciplina durante el corriente año? SIResultado del electrocardiograma de esfuerzo: NORMALMédico responsable: [Firma]

Firma y sello

DEBORA D. FUENTES
MÉDICA U.B.A.L.
M.N. 408.143

Lugar y fecha del examen: 20/01/23 de deBS. AS.