



FICHA MÉDICA

Deporte: HANDBALL Categoría en el año 2023: _____

Datos del deportista:

Nombre y apellido: GASTON CARFAGNA

Fecha de nacimiento: 19/09/95 N° DNI: 38945640 Teléfono: 1140305500

En caso de urgencia contactar a: DIANA MENDEZ

Parentesco: MADRE Teléfono: 1135979807

Médico del deportista: _____ Teléfono: _____

Obra social y N° Afiliado: MEDICUS N° 17630449000

Teléfono de urgencias: _____

A. Grupo sanguíneo: O+

B. Es alérgico a: SURAZNO

C. Se encuentra bajo tratamiento por: _____

D. Medicación que toma permanentemente: _____

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

F. Contrajo COVID-19: SÍ / NO

G. Fecha de vacunación COVID-19 (esquema completo): 01/02/2022

H. alguna otra situación particular determinada por el medico 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? Apto

Resultado del electrocardiograma de esfuerzo Normal

Médico responsable: Dr. Vargas Firma y sello: Dr. Paul E. Vargas Mielles

Lugar y fecha del examen: CSBA 11 de 03 de 23