

# FORMULARIO RECOMENDADO INTERNO DE CADA CLUB FMB N° 001

## Ficha Médica.

### DATOS DEL JUGADOR

|                                       |                          |                                     |              |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------|
| Nombre y Apellido                     | Abril Diez               | Fecha de Nacimiento                 | 06/09/2007   |
| Dirección                             | Matheu 1725 13°8° (CABA) | Teléfono                            | 0112787-5248 |
| Nombre del Padre                      |                          | Nombre de la Madre                  |              |
| Damián Diez                           |                          | Nadia Quiroga                       |              |
| Lugar de trabajo del Padre: Transener |                          | Lugar de trabajo de la Madre: Anses |              |
| Teléfono: 11 3569-2138                |                          | Teléfono: 11-4022-2680              |              |
| Familiares cercanos: -                |                          | Médico del Jugador: -               |              |
| Teléfono: -                           |                          | Teléfono: -                         |              |
| Obra Social: GALENO ORO               |                          |                                     |              |
| N° de Asociado: 0178200403 02         |                          |                                     |              |
| Teléfono de Urgencias: 0810 999 7828  |                          |                                     |              |

- A. Grupo sanguíneo: 0 rh positivo
- B. Es alérgico a: -
- C. Se encuentra bajo tratamiento por: -
- D. Medicación que toma permanentemente: -
- E. Fecha de vacunación antitetánica 17 / 01 / 2014
- F. Tuvo Covid-19: no Fecha: - ¿Recibió la vacuna? si Fecha: 2°DOSIS 30/11/2021
- 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? SI -

Resultado del electrocardiograma de esfuerzo: Normal Normal, Normal Normal

Médico responsable

Firma y sello

Lugar y fecha del examen: Ciudad de Bs As, 03 de Febrero de 2023

DR. OSCAR G. HÉCTOR  
MÉDICO - PEDIATRA

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