

FORMULARIO RECOMENDADO INTERNO DE CADA CLUB FMB N° 001**Ficha Médica.****DATOS DEL JUGADOR**

Nombre y Apellido	Guadalupe Fogel	Fecha de Nacimiento	28/1/2012
Dirección	5500 2968	Teléfono	1162342236

Nombre del Padre	Nombre de la Madre
Lugar de trabajo del Padre UBA	Lugar de trabajo de la Madre UBA
Teléfono 1162342236	Teléfono 1162342236
Familiares cercanos	Médico del Jugador Dr. Fogel
Teléfono	Teléfono 1145304918
Obra Social y N° de Asociado 192400-03	4323-0423
Teléfono de Urgencias.	4323-0443

- A. Grupo sanguíneo
B. Es alérgico a NO
C. Se encuentra bajo tratamiento por NO
D. Medicación que toma permanentemente NO
E. Fecha de vacunación antitetánica/...../.....
F. Tuvo Covid-19 (si -no) Fecha: ¿Recibió la vacuna? (si) - no) Fecha:
G. alguna otra situación particular determinada por el medico que deba ser conocida
..... NO

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.....

Médico responsable

Dr. BENIGNO DANIEL GALIZZI
PEDIATRA
NEUMONÓLOGO UNIVERSITARIO
M.N. 69.940

Firma y sello

Lugar y fecha del examen: 38 AS. ; 07 de 02 de 2023.

Dr. BENIGNO DANIEL GALIZZI
PEDIATRA
NEUMONÓLOGO UNIVERSITARIO
M.N. 69.940