

FORMULARIO RECOMENDADO INTERNO DE CADA CLUB FMB N° 001

Ficha Médica.

DATOS DEL JUGADOR

Nombre y Apellido	CAVORET TORRELLI EMAN	Fecha de Nacimiento	30/5/2015
Dirección	SANTANDER 856	Teléfono	118642 0119
Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
FRANCISCO CAVORET		YANINA TORRELLI	
Lugar de trabajo del Padre SANTANDER 856		Lugar de trabajo de la Madre SANTANDER 856	
Teléfono 1136420119		Teléfono 1136420119	
Familiares cercanos ADRIANA GUSTARDO		Médico del Jugador	
Teléfono 1163323323		Teléfono	
Obra Social y N° de Asociado MEDIFE 1-063944901			
Teléfono de Urgencias. 020333 0535			

- 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. 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

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 ECC: Normal FC: 110 x'

Médico responsable

Firma y sello

Lugar y fecha del examen: 4/04/2023 ; de de

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