

FORMULARIO RECOMENDADO INTERNO DE CADA CLUB FMB N° 001

Ficha Médica.

DATOS DEL JUGADOR

Nombre y Apellido	<u>Tomicuety Kelly</u>	Fecha de Nacimiento	<u>1/11/2009</u>
Dirección	<u>CASTILLO 145</u>	Teléfono	<u>4153 223344</u>
Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
Lugar de trabajo del Padre		Lugar de trabajo de la Madre	
Teléfono	<u>41532085088</u>	Teléfono	<u>4153 223344</u>
Familiares cercanos		Médico del Jugador	
Teléfono		Teléfono	
Obra Social y N° de Asociado	<u>OSUTHERA</u>		
Teléfono de Urgencias.	<u>4959 8300</u>		

- A. Grupo sanguíneo no
- B. Es alérgico a no
- C. Se encuentra bajo tratamiento por Leotroxim
- D. Medicación que toma permanentemente Leotroxim
- E. Fecha de vacunación antitetánica 2021 ¿Recibió la vacuna? (si - no) Fecha: 2021
- F. Tuvo Covid-19 (si - no) Fecha: 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? Leotroxim ¿Cuál?

¿Por qué? eficacia mejor

¿Está apto para realizar actividades deportivas dentro de los entrenamientos y partidos de Handball durante el presente año? Se da apto
 Dr. DAVID J. D. HERNANDEZ
 Médico
 M.N. 175105

Resultado del electrocardiograma de esfuerzo

Médico responsable Firma y sello

Lugar y fecha del examen: de de 2023

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