

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

Ficha Médica

DATOS DEL JUGADOR		
Apellido/s y Nombre/s	TERES MIA PAISOLA	
Fecha de Nacimiento	11/05/2011	
Dirección y Localidad	CARLO CASTILLO 2843, PARQUE PATRICIOS	
	Teléfono	15251E-1191

Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
		DEBORA VELAZQUEZ	
Lugar de trabajo del Padre		Lugar de trabajo de la Madre	AV. CORDOBA 5653
Teléfono		Teléfono	4771-0088
Familiares cercanos		Médico del Jugador	
Teléfono		Teléfono	
Cobertura Médica			
Obra Social/Prepaga/Pública		Teléfono de Urgencias Obra Social	0800-777-7800 (swiss medical)
N° de Asociado	800006 1508118 02 1005		

- A. Grupo sanguíneo A+
- B. Es alérgico a
- C. Se encuentra bajo tratamiento por
- D. Medicación que toma permanentemente
- E. Fecha de vacunación antitetánica
- F. Tuvo Covid-19 (SI) (NO) Fecha: 04/06/2021 / 18/11/2011 (2da dosis)
- G. Recibió la vacuna? (SI) (NO) Fecha:
- G. alguna otra situación particular determinada por el médico que deba ser conocida:

A completar por el médico:

El alumno requiere de algún tratamiento especial durante la clase? (SI - NO) ?Cuál?

Hace uso de algún medicamento especial? (SI - NO) ?Cuál?

Por qué?

Esta apto para realizar actividades deportivas dentro de los entrenamientos y partidos de Handball durante el corriente año?

Resultado del Electrocardiograma de Esfuerzo.....

Médico responsable

Firma y Sello

Lugar y Fecha del examen: de de