

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

DATOS DEL JUGADOR			
Nombre y Apellido	Vallone Gianna	Fecha de Nacimiento	15/08/2005
Dirección	La Rioja 1800	Teléfono	01136291002
Nombre del Padre		Nombre de la Madre	
Lugar de trabajo del Padre Waves In Movement		Lugar de trabajo de la Madre Waves In Movement	
Teléfono 011957721		Teléfono 01169118838	
Familiares cercanos		Médico del Jugador Alejandro Pace	
Teléfono		Teléfono 011 5566 8188	
Obra Social y N° de Asociado OSDE 61 372156 9 03			
Teléfono de Urgencias. 0810.888.7788			

- A. Grupo sanguíneo ..0+.....
- 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: ¿Recibió la vacuna? (☒ si - no) Fecha: 09-02-22
- 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, sin problemas

Resultado del electrocardiograma de esfuerzo..... normal

Médico responsable

Firma y sello

Dr. ALEJANDRO E. PACE
PEDIATRA
M.N. 70693

Lugar y fecha del examen. BsAs de 8 de 3 - 23

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