

FICHA MÉDICA OBLIGATORIA



TORNEO
DON PEDRO
MÁS QUE FÚTBOL



DON
PEDRO
EVENTOS
DEPORTIVOS

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre

Fecha de Nacimiento DNI

Domicilio Localidad

Teléfono Mail

Cobertura Médica

Equipo..... Categoría Año

ANTECEDENTES MÉDICOS

Peso..... Altura Tensión Arterial..... Frecuencia cardíaca

Antecedentes Quirúrgicos Sí NO Cual.....

Antecedentes de Enfermedad Sí NO Cual.....

Antecedentes Respiratorios Sí NO Cual.....

Antecedentes Cardíacos Sí NO Cual.....

Otras Enfermedades Sí NO Cual.....

Hipertensión Sí NO

Diabetes Sí NO

Epiléptico Sí NO

Alérgico a alguna Medicación Sí NO Cual.....

Toma alguna Medicación Sí NO Cual.....

Observaciones

.....

.....

Con la firma en el presente formulario, declaro estar brindando datos sobre mi salud, los cuales son veraces y reales. Declarándome apto para realizar la práctica deportiva, a la cual me someto, bajo mi exclusiva responsabilidad, asumiendo todos los riesgos asociados con participar en este tipo de actividad física, deslindando todo tipo de responsabilidad a la organización.

.....
FIRMA DEL MÉDICO

.....
ACLARACIÓN

.....
DNI