



FEDERACIÓN CORDOBESA DE BOX

HISTORIA MÉDICA DEPORTIVA

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DNI:..... **EDAD:**..... **FECHA DE NAC:**.....

ANTECEDENTES:.....

EXAMEN FÍSICO:

PESO:..... **TALLA:** **IMC:**.....

SISTEMA NERVIOSO:

EEG:..... Realizado por Dr..... MP:..... fecha:.....

FONDO DE OJOS: Realizado por Dr..... MP:..... fecha:.....

Agudeza Visual: OD OI

EXAMEN BUCODENTAL: Realizado por Dr..... MP:..... fecha:.....

APARATO RESPIRATORIO:.....

RX. DE TORAX: Realizado por Dr..... MP:..... fecha:.....

APARATO CARDIOVASCULAR:.....

ECG:..... Realizado por Dr..... MP:..... fecha:.....

TA **FC**

ABDOMEN/GENITOURINARIO:

MM SS:.....

MM II:.....

COLUMNA:.....

FEMENINAS - EXAMEN GINECOLÓGICO:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

LABORATORIO:..... Realizado por Dr..... MP:..... fecha:.....

OTROS ESTUDIOS:.....

OBSERVACIONES:.....

Conste por la presente la realización del examen físico y evaluación de estudios complementarios del paciente de referencia, quien se encuentra **APTO** para la práctica de actividad físico deportiva federada y/o de competencia.

FIRMA DEL DEPORTISTA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO