

RECONOCIMIENTO MÉDICO FEDERACIÓN DE BOXEO DE LA REGIÓN DE MURCIA

DATOS PERSONALES DEL BOXEADOR

Nombre		D.N.I	
Fecha de nacimiento		Provincia	
Dirección		CÓD.POSTAL	

ANTECEDENTES PERSONALES DEL BOXEADOR

(el boxeador debe marcar con un círculo o especificar si ha sufrido de las patologías)

Pérdida de conocimiento	Fracturas/Problemas traumatológicos	Dolor torácico	Intervenciones quirúrgicas	Diabetes
Disnea	Hemoptisis	Tos crónica	Patología oftalmológica	Coagulopatía
Cefaleas frecuentes	Patología infecciosa conocida	Convulsiones	TCE severo/Hemorragia cerebral	Otras:

EXPLORACIÓN FÍSICA

Altura		Tensión Arterial en reposo/ejercicio	
Peso		Pulsaciones en reposo/ejercicio	

Corazón:	Latido cardiaco:	Rítmico		Arrítmico	Soplos cardíacos	Si	No
Pulmón:	Murmullo conservado	Si		No	Estertores/Sibilancias	Si	No

Exploración oftalmológica (córnea, pupila, agudeza visual, fondo de ojo): Normal: Anormal:

Abdomen	Hepatomegalia	Si	No	Observaciones:
	Hernias	Si	No	
Genitales	Normal	Si	No	

*Neurológico: Pupilas _____ ROT _____ Romberg _____ Babinski _____

*Pruebas y estudios complementarios (en el caso de boxeadores profesionales): RMN, EGG, serología para VH; hepatitis B y C, analítica de sangre y orina, examen oftalmológico y otorrinolaringológico se encuentran dentro de los parámetros normales: SI
NO (describa) _____

Observaciones médicas de interés:

El Médico DEBE marcar una de las casillas abajo indicadas: Considero al boxeador para competir **APTO**
NO APTO

Nombre, apellidos y Nº. De colegiado del médico (Sello, por favor) _____
 Teléfono de Contacto: _____

Boxeador solicitante de Licencia Federativa:
 *Declaro que lo anteriormente expuesto es cierto y correcto, así como asumo las sanciones disciplinarias de una falsedad deliberada en lo previamente declarado, así como la posibilidad de que el estamento federativo pueda emprender acciones legales en mi contra en salvaguarda de sus intereses y aras del deporte.
 *Acepto además, mediante lo expuesto en la firma del reverso de este informe, mi conformidad con la normativa de protección de datos vigente.
Nombre completo _____ **Firma y fecha** _____