



FEDERACIÓN MADRILEÑA DE BOXEO RECONOCIMIENTO MÉDICO DE LICENCIA



NOMBRE

FECHA NACIMIENTO LUGAR

DNI EDAD SEXO

ALERGIAS A MEDICAMENTOS

ANTECEDENTES

T.A. / PULSO P.P.M. SAT O₂ % SOPLOS

AUSCULTACIÓN

MAXILO-FACIAL

COLUMNA

ABDOMEN

MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES

AGUDEZA VISUAL

ELECTRO 12 DERIV.

TAC

SENOS

GENITO-URINARIO

TEST EMBARAZO

APTO PARA COMPETIR - SI FIRMA DEL COMPETIDOR CONFORME CON LAS PRUEBAS REALIZADAS

NO

MÉDICO

COLEGIADO Nº FIRMA DEL MÉDICO