



ASOCIACION DE MAXI BASQUET FEMENINO DE MENDOZA

Nombre y Apellido:

Fecha Nacimiento:

D.N.I.

Obra Social:

Sangre Grupo:

Factor:

Tiene algún tipo de alergia: SI—NO

La alergia se debe a:

.....
Durante los últimos 6 meses, presento alguna enfermedad o cirugía que requirió algún tratamiento o internación? Si No.
Cuáles?

.....
Toma algún medicamento? Si No
En caso afirmativo, cual y para qué?

.....
Vacunación:

Tiene los esquemas completos de vacunación: Si No

Para ser llenado por el Médico

Examen Físico:

Estado General:

Evaluación Cardiológica:

Informe Ergometria:.....

De la evaluación realizada se deja constancia que él:

Sr/a.....

Se encuentra Apto/ No Apto para realizar deporte competitivo.

Firma y sello del Médico