

FICHA MÉDICA “TORNEOS MASTERS” 2015



Apellido y Nombre:

D.N.I. o C.I.: Fecha de nacimiento:/...../..... Edad:

Equipo:

1) Antecedentes médicos:

- CONVULSIONES: SI NO Tipo y Medicación:
- DIABETES: SI NO Tipo y Medicación:
- ALERGIAS: SI NO ¿A qué?.....
- ASMA: SI NO Medicación:
- HIPERTENSIÓN: SI NO Tipo y Medicación:
- QUIRÚRGICOS: SI NO ¿Cuál?.....
- OTROS: SI NO ¿Cuál?.....

2) Tratamientos:

- Recibe tratamiento médico: SI NO Especifique
- Utiliza algún tipo de medicación: SI NO Especifique
- Presenta alguna limitación física: SI NO Aclare
- Otros datos que informa:

La totalidad de los datos e información suministrada por quien suscribe la presente, tiene carácter de declaración jurada.

El abajo firmante se compromete a informar a La Organización del evento cualquier modificación de los datos suministrados de forma inmediata y de manera fehaciente.

.....

FIRMA JUGADOR o ENCARGADO

.....

ACLARACIÓN