



FEDERACIÓN BALEAR DE BOXEO

RECONOCIMIENTO MÉDICO DE LICENCIA

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR: _____

DNI: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS: _____

ANTECEDENTES: _____

T.A. ___ / ___ PULSO: ___ P.P.M. SAT O2: ___ % SOPLOS: _____

AUSCULTACIÓN: _____

MAXILOFACIAL: _____

COLUMNA: _____

ABDOMEN: _____

MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: _____

AGUDEZA VISUAL: _____

ELECTRO 12 DERIV.: _____ (a juicio del médico colegiado)

SENOS: _____

GENITO-URINARIO: _____

TEST EMBARAZO: _____ (a juicio del médico colegiado)

APTO PARA COMPETIR:

- SI
- NO
-



FEDERACIÓN BALEAR DE BOXEO

FIRMA DEL COMPETIDOR CONFORME A LAS PRUEBAS REALIZADAS

FDO. _____

MÉDICO: _____

COLEGIADO N°: _____ FIRMA DEL MÉDICO: _____

