



# 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.: \_\_\_\_\_

TAC: \_\_\_\_\_

SENOS: \_\_\_\_\_

GENITO-URINARIO: \_\_\_\_\_

TEST EMBARAZO: \_\_\_\_\_

APTO PARA COMPETIR:

- SI
- NO



# FEDERACIÓN BALEAR DE BOXEO

FIRMA DEL COMPETIDOR CONFORME A LAS PRUEBAS REALIZADAS

FDO. \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_

COLEGIADO N°: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

