

FICHA MÉDICA

Datos del jugador/a:

Nombre: _____ Fecha nacimiento: / / Edad: ____
 Club: _____ Tel. casa: _____ Tel. móvil: _____

Por favor indique con una X la patología que posea. Si las respuestas son Sí detállelas en el espacio al final de esta ficha.

¿Padece o alguna vez padeció alguna de las siguientes condiciones?	Sí	No
Alergias*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afecciones cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de columna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luxaciones articulares (indicar articulación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En cuidado médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomando medicamentos (tipo, dosis, efectos secundarios)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna otra condición que pueda afectar su salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Algún otro impedimento físico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Incluidas picaduras, mordeduras, plantas. Alimentos y medicamentos.

Detalles de las patologías y otras observaciones:

Autorización:

Así mismo, AUTORIZO a los Servicios Médicos de la Federación, a realizar los tratamientos que consideren necesarios en caso de lesión, enfermedad o percance durante el tiempo que el jugador/a se encuentre bajo la disciplina de la FBM.

Datos del Padre / Madre / Tutor:

Nombre: _____ Apellidos: _____ DNI: _____

Firma: _____ Fecha: _____