

MUTUALIDAD DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES

Servicio Médico de la Delegación de Las Palmas

Categoría:

Código Club:

Club:

D.N.I.:

Apellidos y Nombre:

Domicilio: Telf:

Fecha nacimiento: / / en Provincia de

Biometría y Exploraciones	Fecha de examen	Biometría y Exploraciones	Fecha de examen
N - Peso		A - Aparato Cardio - vascular	
N - Talla de pié		A - Otorrinolaringología	
N - Talla sentado		A - Permeabilidad nasal	
N - Perímetro torácico Máximo		A - Ojos	
N - Perímetro torácico Mínimo		A - Sistema nervioso	
N - Perímetro abdominal		N - Pulsaciones en reposo	
N - Espirometría		N - Pulsaciones tras 20 flexiones	
A - Hábito constitucional		N - Tiempo de recuperación	
A - Deformidades físicas		N - Presión art. en reposo Máxima	
A - Complexión física		N - Presión art. en reposo Mínima	
A - Estado de Nutrición		N - Presión art. tras 20 flex. Máx.	
A - Hernias ectopías		N - Presión art. tras 20 flex. Mini.	
A - Miembros y articulaciones		N - Tiempo de recuperación	
A - Aparato Respiratorio			
Aptitud del Reconocimiento		OBSERVACIONES:	

SELLO DEL FACULTATIVO

FIRMA DEL FACULTATIVO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL FACULTATIVO

N.º COLEGIADO:

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS:

D.N.I.:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD:

DOMICILIO:

DATOS TUTOR LEGAL DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS: COMO: { PADRE

D.N.I.: MADRE

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: TUTOR LEGAL

DOMICILIO:

DECLARO. - Marque con una X la respuesta correcta, si la respuesta es afirmativa debe hacer las aclaraciones solicitadas.

1 - ¿Padece o ha padecido alguna Enfermedad?
 No.....
 Si.....¿Cual?.....

2 - ¿Se ha operado alguna vez?
 No.....
 Si.....¿De qué?.....

3 - ¿Toma medicación Actualmente?
 No.....
 Si.....¿Cual?.....¿Para que enfermedad?.....

4 - ¿Ha sufrido Fractura, Luxaciones o Esguinces?
 No.....
 Si.....¿En qué parte del Cuerpo?.....¿Cuántas veces?.....

Fecha y Firma del Paciente o Tutor Legal, si es menor de Edad