



CERTIFICADO MÉDICO

Declaro que.....
DNI..... goza de buena salud para realizar competencias deportivas de Hockey Subacuático.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y matrícula
del médico



FICHA MÉDICA ESPECIAL

Apellido y nombres

DNI

Domicilio y Tel:

Obra social:

Nº Socio

En caso de urgencia avisar a:

Grupo sanguíneo:

Es alérgico a:

Es asmático:

Es diabético:

Tiene vacuna antitetánica:

Indique fecha de la última aplicación:

Enfermedades y operaciones en los últimos seis meses:

Medicación que tomó:

Presenta actualmente alguna afección:

Cual:

Toma medicamentos:

Cual:

Régimen alimenticio:

De existir alguna afección deberá acompañarse instrucciones precisas por parte del profesional:

Lugar:....., de..... de 2013

.....
Firma, aclaración y DNI