



GENERALITAT
VALENCIANA

LICENCIA DE BOXEADOR / A

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FEDERACION AUTONÓMICA: _____

RECONOCIMIENTO MÉDICO OFICIAL

- EXAMEN MÉDICO

Historial personal / antecedentes deportivos, lesiones previas de interés, cirugía, accidentes deportivos:

- EXPLORACIÓN MEDICA

PESO Kg. ALTURA PULSO /mm P.A. /mm

1.- REGIÓN MAXILO - FACIAL: traumas, heridas, contusiones, etc.

NORMAL Y/O ANORMALIDADES:

2.- OJOS

CÓRNEA PUPILAS FONDO DE OJO

Agudeza visual:

NOTA: Máximo 3,5 dioptrias - corrección 20/60.

3.- OÍDOS

Membrana Timpánica:

Derecha _____

Izquierda _____

Pabellón Auditivo:

Derecho _____

Izquierdo _____

Audición:

Normal Anormal

4.- NARIZ

--

5.- ORO - FARINGE:

--

HIGIENE DENTAL:

--

6.- CARDIO - CIRCULATORIO:

P.A.:	_____
F.C.:	_____
AUSC.:	_____
PULSOS:	_____

7.- APARATO RESPIRATORIO:

TORAX:	_____
--------	-------

AUSCULTACION:	_____
---------------	-------

8.- ABDOMEN:

--

9.- GENITO - URINARIO:

--

10.- SISTEMA NERVIOSO:

Pares Craneales:
Fuerza y Tonos:
Coordinación:
Reflejos O-T:

11.- COLUMNA VERTEBRAL:

Normal, alter. En la estatica, movilidad, etc.

12.- EXTREMIDADES Y APARATO LOCOMOTOR:

LOCOMOTOR:

EE. SS.:

EE.II.:

13.- GINECOLOGÍA:

Mamas:

Génito - abdominal:

Ecografía:

Test de embarazo:

14.- LABORATORIO:

Hematología:

Bioquímica:

Serología Hepatitis B, C y VIH:

15.- OTRAS PRUEBAS:

T.A.C.:

APTO / NO APTO PARA BOXEAR:

Tácheselo lo que no proceda

APTO

NO APTO

Datos del médico y número de colegiado _____

Fecha:

Firma: _____