



CERTIFICADO MÉDICO

Nombre ..... y  
Apellido:.....  
D.N.I.: .....Edad: .....Fecha de Nacimiento...../...../.....  
Domicilio: .....C.P.:.....  
T.E.: ..... Email: .....

PUEDE SER LLENADA POR EL MEDICO DEL HOSPITAL PUBLICO, PRIVADO, OBRA SOCIAL O PARTICULAR RESUMEN DE HISTORIA CLINICA ANTECEDENTES FAMILIARES: (Colocar SI o NO)

- ( ) Enfermedades Cardiovasculares ( ) Tumores  
( ) Alergias y Asmas ( ) Metabólicas y Diabetes ( ) Enfermedades Mentales

Grupo sanguíneo.....

Cirugías.....

Medicación.....

.....

Otras:.....

.....

.....

Observaciones:.....

.....

.....

ANTECEDENTES COVID:

.....

.....

.....



USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO El Atleta se encuentra (Colocar Apto o No Apto)  
..... para competiren :

Fecha: ...../...../..... Sello y N° Matrícula

Firma del Médico Este talón debe estar completo en su totalidad, el médico debe completar con su letra la carrera y si se encuentra apto o no para cursar la misma, sellar y firmar. Muchas Gracias por su colaboración, la prevención y el control de salud son parte de la educación.

Firma del Participante:

Aclaración:

DNI N°:

Apellido y Nombre contacto emergencia:

Obra Social: