



RECONOCIMIENTO MÉDICO OFICIAL BOXEO **AMATEUR**



NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

DNI/NIE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

FEDERACIÓN TERRITORIAL: _____

EXPLORACIÓN MÉDICA:

PESO (KG.)		ALTURA (CM.)		PULSO (LPM)		P.A. (mmHg)	
------------	--	--------------	--	-------------	--	-------------	--

REGIÓN MÁXILO-FACIAL: Normal Alterada

OJOS/VISIÓN: CÓRNEA: Normal Alterada PUPILAS: Normal Alterada

MIOPÍA: SI NO MAYOR DE 3,5: SI NO

OIDOS/AUDICIÓN: AUDICIÓN: Normal Alterada

MEMB. TIMPÁNICA; DERECHA: Normal Alterada IZQUIERDA: Normal Alterada

PABELLÓN AUDITIVO; DERECHO: Normal Alterado IZQUIERDO: Normal Alterado

NARIZ: Normal Alterada ORO FARINGE: Normal Alterada

ESTADO DENTAL: Normal Alterado

CARDIO-CIRCULATORIO: AC Normal Alterado PULSOS SIMÉTRICOS: SI NO

APARATO-RESPIRATORIO: AP Normal Alterado

TORAX: Normal Alterado ABDOMEN: Normal Alterado

SISTEMA NERVIOSO: PARES CRANEALES: Normal Alterado FUERZA Y TONO: Normal Alterado

COORDINACIÓN: Normal Alterado REFLEJOS O-T: Normal Alterado

COLUMNA VERTEBRAL Normal Alterada EXTREM. Y AP. LOCOMOTOR: Normal Alterado

Observaciones e historial personal/antecedentes deportivos, lesiones previas de interés, cirugía, accidentes deportivos; otra información relevante:

SI ES APTO PARA BOXEAR

NO ES APTO PARA BOXEAR

COLEGIADO D./DÑA.: _____

NÚMERO DE COL EGIADO _____

FECHA _____

FIRMA Y SELLO _____

• El o la persona solicitante del presente será responsable de la veracidad de los datos aportados en el mismo.