



FOOTBALL AMERICANO DEL ESTADO DE MÉXICO
ASOCIACIÓN CIVIL



EXAMEN MÉDICO ÚNICO

NOMBRE: _____ PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE _____ FECHA _____/_____/_____
DIA MES AÑO

FECHA DE NACIMIENTO _____/_____/_____ EDAD: _____/_____ TIPO Y RH
SANG. _____

A.H.F. NEO. _____ DIAB. _____ CARD. _____ EPIL _____ OBESIDAD _____

A.P.P. ALERGIAS _____ ASMA _____ ADICCIONES _____ PERFORACIONES/TATUAJES _____

ENFERMEDADES GRAVES: _____

LESIONES Y CONMOCIONES: _____

FRACTURAS: _____

QUIRÚRGICOS: _____

ANTROPOMETRIA: PESO: _____ TALLA _____
KGS CMS

AGUDEZA VISUAL: _____

BOCA: _____/_____/_____/_____

NORMAL GINGIVITIS AMIGDALAS CARIES

TORAX: _____/_____/_____/_____

NORMAL F.C. F.R. SOPLOS

ABDOMEN: _____/_____/_____/_____

NORMAL VISCEROMEGALIAS HERNIAS

CRANEO _____ CARA Y CUELLO _____
OIDOS _____/_____/_____

NORMAL OBSTRUCCIÓN AUD. DISM.

NARIZ: _____/_____/_____

NORMAL SEP. DESV. OBSTRUCCIÓN

T.A. _____/_____/_____

Vo. Bo.

FIRMA JUGADOR

MÉDICO Y CÉDULA
PROFESIONAL

TEL CASA _____ OFICINA _____

OBSERVACIONES _____
