



**FEDERACION ANDALUZA DE BOXEO  
DELEGACION: .....**

**RECONOCIMIENTO MEDICO PARA EXPEDICION  
DE LICENCIA DE BOXEADOR**

-----

*D. ....  
Médico Colegiado en ....., con el número.....*

**CERTIFICO:**

*que D. ....  
con D.N.I. .... , nacido en .....  
el día ..... con domicilio en .....*

*.....  
ha sido reconocido por mí en el día de hoy, considerándolo  
**APTO PARA LA PRACTICA DEL DEPORTE DEL BOXEO.***

*Y para que así conste, expido el presente en .....  
.....a.....de ..... de 19 ....*

**EL DOCTOR**

*Fdo.: .....*

# RECONOCIMIENTO MEDICO GENERAL

## 7.- CARDIO - CIRCULATORIO

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

## 1.- EXAMEN MEDICO

1.1.- Historial personal / antecedentes Deportivos, lesiones previas de interés, cirugía, accidentes deportivos:


## 8.- APARATO RESPIRATORIO:

8.1.-TORAX 

--

8.2.-AUSCULTACIÓN: 

--

## 9.- ABDOMEN:

--

## 10.- GENITO-URINARIO:

--

## 12.- SISTEMA NERVIOSO:

12.1.- Pares Craneales: 

--

12.2.-Fuerza y tono: 

--

12.3.-Coordinación: 

--

12.4.-Reflejos O -T: 

--

## 13.-COLUMNA VERTEBRAL

Normal, alter. en la estática, Movilidad, etc

--

## 14.-EXTREMIDADES Y APTO. LOCOMOTOR:

LOCOMOTOR 

--

EE.SS.: 

--

EE.II.: 

--

15.-GINECOLOGICA:solo en caso de boxeo femenino.

15.1.-Mamas: 

--

15.2.-Genito-abdominal: 

--

15.3.-Ecografía(si es posible): 

--

15.4.-Test. De Embarazo: 

--

16.-LABORATORIO:

16.1.-Hematología: 

--

16.2.-Bioquímica: 

--

16.3.-Otras pruebas:Serología(VIH, Hepatitis), Iones, TAC, RMN

## II. EXPLORACIÓN MEDICA

PESO:	KG.	ALTURA:	CM.
PULSO:	/min.	P.A.:	/mm

### 1.- REGION MAXILO - FACIAL:

traumas,heridas, contusiones, etc.

NORMAL Y/O ANORMALIDADES 

--

### 2.- OJOS:

2.1.- Cornea 

--

Pupilas 

--

Fondo de ojo 

--

2,2.- Agudeza Visual: 

--

### 3.-OIDOS

3.1.- Membrana Timpánica:

Derecha 

--

 Izquierda 

--

3.2.-Pabellon Auditivo:

Derecha 

--

 Izquierda 

--

3.3.- Audición: normal 

--

 anormal 

--

4.-NARIZ 

--

5.- ORO-FARINGE: 

--

## II.- APTO / NO APTO PARA BOXEAR

Táchese lo que no proceda

<input type="checkbox"/> APTO	<input type="checkbox"/> NO APTO
-------------------------------	----------------------------------

Datos del médico y firma: 

--

(Firma)