



**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**

**1.- EXAMEN MÉDICO**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha					
Años de práctica de boxeo					
Nº de combates					
Nº de K.Os					
Nº de RSCHs					
Nº de RSC					

**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:**

\_\_\_\_\_

5.1.-Higiene Dental: \_\_\_\_\_

**7.- CARDIO - CIRCULATORIO**

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

**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.- APTO / NO APTO PARA BOXEAR**

Táchese lo que no proceda

APTO	NO APTO
------	---------

Datos del médico y firma: \_\_\_\_\_

(Firma)

Territorial: \_\_\_\_\_