



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: _____