



EQUIPO: _____ CATEGORIA: _____

PLANILLA MEDICA**NOMBRES:****APELLIDOS:****LUG. NAC:****FECH. NAC:****Edad:****C.I:****P.N.****Peso:****Estatura:****Tipo de Sangre:****INFORMACION MEDICA**

Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades infecto contagiosas?

Lechía Rubeola Sarampión Dengue Otra

Dificultades Auditivas:

Dificultades Visuales:

Dificultades Motoras/Ortopedicas:

Es alérgico algún medicamento o comida:

SI:

NO:

Especifique:

Se le ha practicado alguna operación quirúrgica:

SI:

NO:

Cuál?

Tiene prevista intervención quirúrgica:

SI:

NO:

Cuál?

¿Ha consultado o estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto?

SI:

NO:

Cuál?

Según su más leal saber o entender, el niño aquí inscrito

¿Padece actualmente de alguna enfermedad transitoria, crónica, alergia o defecto?

SI:

NO:

Cuál?

INFORMACION DEL SEGURO

Posee el jugador una Póliza de Seguro:

SI:

NO:

Nombre de la Empresa de Seguro:

Numero de Póliza:

Fecha de Vencimiento:

Nombre de su Medico:

Teléfono Contacto:

Teléfono Celular:

En caso de emergencia a Clínica se le debe trasladar al jugador: