

NOMBRE: APELLIDOS: DNI/NIE: FECHA DE NACIMIENTO: FEDERACIÓN TERRITORIAL:

EXPLORACIÓN MÉDICA:

PESO (KG.)		ALTURA (CM.)		PULSO (LPM)		P.A. (mmHg)	
------------	----------------------	--------------	----------------------	-------------	----------------------	-------------	----------------------

REGIÓN MÁXILO-FACIAL: ☐ Normal ☐ AlteradaOJOS/VISIÓN: CÓRNEA: ☐ Normal ☐ Alterada PUPILAS: ☐ Normal ☐ AlteradaMIOPÍA: ☐ SI ☐ NO MAYOR DE 5: ☐ SI ☐ NOOIDOS/AUDICIÓN: AUDICIÓN: ☐ Normal ☐ AlteradaMEMB. TIMPÁNICA; DERECHA: ☐ Normal ☐ Alterada IZQUIERDA: ☐ Normal ☐ AlteradaPABELLÓN AUDITIVO; DERECHO: ☐ Normal ☐ Alterado IZQUIERDO: ☐ Normal ☐ AlteradoNARIZ: ☐ Normal ☐ Alterada ORO FARINGE: ☐ Normal ☐ AlteradaESTADO DENTAL: ☐ Normal ☐ AlteradoCARDIO-CIRCULATORIO: AC ☐ Normal ☐ Alterado PULSOS SIMÉTRICOS: ☐ SI ☐ NOAPARATO-RESPIRATORIO: AP ☐ Normal ☐ AlteradoTORAX: ☐ Normal ☐ Alterado ABDOMEN: ☐ Normal ☐ AlteradoSISTEMA NERVIOSO: PARES CRANEALES: ☐ Normal ☐ Alterado FUERZA Y TONO: ☐ Normal ☐ AlteradoCOORDINACIÓN: ☐ Normal ☐ Alterado REFLEJOS O-T: ☐ Normal ☐ AlteradoCOLUMNA VERTEBRAL ☐ Normal ☐ Alterada EXTREM. Y AP. LOCOMOTOR: ☐ Normal ☐ Alterado

LABORATORIO (Sólo aquellas Federaciones Territoriales que lo requieran):

HEMATOLOGÍAS: SEROLOGÍAS (VIH, VHB, VHC):

Observaciones e historial personal/antecedentes deportivos, lesiones previas de interés, cirugía, accidentes deportivos; otra información relevante:

☐ **SI** ES APTO PARA BOXEAR☐ **NO** ES APTO PARA BOXEARCOLEGIADO D./DÑA.: NÚMERO DE COL EGIADO FECHA FIRMA Y SELLO *** La persona solicitante será responsable de la veracidad de la información aportada**