



**Real Federación
Española Boxeo**



**Consejo
Superior
de Deportes**



NOMBRE:.....
 APELLIDOS:.....
 FECHA DE NACIMIENTO:
 CATEGORÍA:.....

HOJA DECLARACIÓN MEDICA PERSONAL PRE-COMBATE:

PREGUNTA PARA EL DEPORTISTA: SI LA RESPUESTA ES SÍ, EXPLIQUE:

1. ¿Está siendo tratado por algún médico actualmente?	SI	NO	Observaciones
2. ¿Ha estado inconsciente o ha sufrido una conmoción cerebral?	SI	NO	Observaciones
3. ¿Ha recibido un golpe fuerte en la cabeza en las últimas 6 semanas?	SI	NO	Observaciones
4. ¿Ha tenido dolor de cabeza en las últimas 2 semanas?	SI	NO	Observaciones
5. ¿Tiene algún problema de sangrado?	SI	NO	Observaciones
6. ¿Tiene antecedentes de hepatitis B, hepatitis C o infección por VIH?	SI	NO	Observaciones

7. ¿Hay alguna enfermedad hereditaria en su familia? ¿Muerte repentina e inesperada?	SI	NO	Observaciones
8. ¿Se ha sometido a alguna cirugía?	SI	NO	Observaciones
9. ¿Ha tenido que permanecer hospitalizado alguna vez?	SI	NO	Observaciones
10. ¿Padece alguna afección médica?	SI	NO	Observaciones
11. ¿Está tomando algún tratamiento de forma aguda o crónica?	SI	NO	Observaciones

FIRMA Y FECHA:

.....