Evaluación médica post-combate

Debe cumplimentarse por el equipo médico tras cada combate en que el boxeador haya sufrido lesión o deba ser valorado. Remítase firmado al Comité Médico Nacional dentro de las 48 h siguientes al último combate.

1 · DATOS DEL BOXEADOR Y DEL COMBATE

APELLIDOS	NOMBRE	NACIONALIDAD	CLUB / EQUIPO

EVENTO / COMPETICIÓN	LUGAR · CIUDAD	FECHA DEL COMBATE	N.º DE LICENCIA
		__ / __ / ____	

PESO (KG)	N.º DE COMBATE	CATEGORÍA DE EDAD · SEXO
		☐ Élite ☐ Joven ☐ Junior ☐ Schoolboy ☐ Masculino ☐ Femenino

2 · RESULTADO Y DESARROLLO DEL COMBATE

RESULTADO (marque una opción)

☐ Victoria ☐ Derrota

DECISIÓN

☐ Puntos (PTS) ☐ RSC ☐ RSC-I ☐ KO ☐ DQ ☐ AB ☐ NC

RSC-I: detención por lesión · DQ: descalificación · AB: abandono · NC: sin resultado

COMBATE DETENIDO

☐ Sí ☐ No ASALTO N.º ☐

3 · GOLPES Y CUENTAS

CUENTAS DE 8

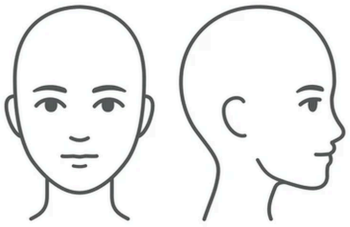
TOTAL DE CUENTAS ☐

DETENCIÓN POR GOLPES

☐ RSC-H ☐ RSC-B ☐ RSC-I ☐ KO ASALTO N.º ☐

RSC-H: golpes a la cabeza · RSC-B: golpes al cuerpo · RSC-I: lesión · KO: fuera de combate

4 · CORTES

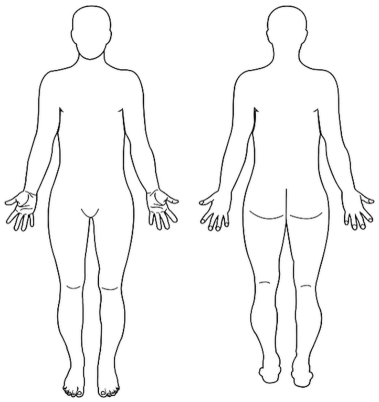


Señale cada corte en la figura y numérelo. Indique si es el primer corte y su causa.

	Corte 1	Corte 2	Corte 3	Corte 4
¿Primer corte?	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
¿Cabezazo?	Sí / No	Sí / No	Sí / No	Sí / No
Longitud	cm	cm	cm	cm
Profundidad	cm	cm	cm	cm
Puntos de sutura				

5 · LESIONES

Marque la zona lesionada en las figuras, señale el lado afectado (D = derecho · I = izquierdo) y describa la lesión en Observaciones.



FRENTE ESPALDA

	LADO D	LADO I
Cabeza	☐	☐
Cuello	☐	☐
Hombro	☐	☐
Brazo	☐	☐
Codo	☐	☐
Antebrazo	☐	☐
Muñeca / mano	☐	☐
Tórax	☐	☐
Columna lumbar	☐	☐

	LADO D	LADO I
Tronco y abdomen	☐	☐
Pelvis / glúteo	☐	☐
Cadera e ingle	☐	☐
Muslo	☐	☐
Rodilla	☐	☐
Pierna	☐	☐
Tobillo	☐	☐
Pie	☐	☐

6 · TRAUMATISMO CRANEAL Y RESTRICCIÓN MÉDICA

TRAUMATISMO CRANEAL

¿Conmoción cerebral? ☐ Sí ☐ No

¿Pérdida de conciencia? ☐ Sí ☐ No SEGUNDOS ☐

SCAT6 realizado ☐ Sí ☐ No

RESTRICCIÓN MÉDICA

¿Restricción? ☐ Sí ☐ No REPOSO (DÍAS) ☐

¿Requiere alta médica para volver a boxear? ☐ Sí ☐ No

El periodo de restricción depende de las pruebas realizadas y de la valoración del facultativo.

7 · OBSERVACIONES

DESCRIPCIÓN DE LESIONES, PRUEBAS REALIZADAS Y RECOMENDACIONES

8 · PERSONAL MÉDICO

MÉDICO DE RING NEUTRAL

APELLIDOS NOMBRE

FIRMA SELLO

MÉDICO DE RING LOCAL (si hubiera)

APELLIDOS NOMBRE

FIRMA SELLO