



Federación Española de Boxeo

LICENCIA DE BOXEADOR / A

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

FEDERACION AUTONOMICA: _____

FECHA DE REALIZACIÓN DEL RECONOCIMIENTO: _____

RECONOCIMIENTO MEDICO OFICIAL

- EXAMEN MEDICO

Historial personal / antecedentes deportivos, lesiones previas de interés, cirugía, accidentes deportivos:

: EXPLORACION MEDICA

PESO Kg. ALTURA PULSO /mm P.A. /mm

1.- REGION MAXILO - FACIAL: traumas, heridas, contusiones, etc.

NORMAL Y/O ANORMALIDADES:

2.- OJOS

CORNEA PUPILAS FONDO DE OJO

Agudeza visual:

NOTA: Máximo 3.5 dioptrías - corrección 20/60.

3.- OIDOS

Membrana Timpánica:

Derecha _____

Izquierda _____

Pabellón Auditivo:

Derecho _____

Izquierdo _____

Audición:

Normal

Anormal

4.- NARIZ

--

5.- ORO - FARINGE:

--

HIGIENE DENTAL:

--

6.- CARDIO - CIRCULATORIO:

P.A.:	
F.C.:	
AUSC.:	
PULSOS:	

7.- APARATO RESPIRATORIO:

TORAX:	
--------	--

AUSCULTACION:	
---------------	--

8.- ABDOMEN:

--

9.- GENITO - URINARIO:

--

10.- SISTEMA NERVIOSO:

Pares Craneales:	
Fuerza y Tonos:	
Coordinación:	
Reflejos O-T:	

11.- COLUMNA VERTEBRAL:

Normal, alter. En la estática, movilidad, etc.

12.- EXTREMIDADES Y APARATO LOCOMOTOR:

LOCOMOTOR:

EE. SS.:

EE.II.:

13.- GINECOLOGIA:

Mamas:

Génito - abdominal:

Ecografía:

Test de embarazo:

14.- LABORATORIO:

Hematología:

Bioquímica:

Serología Hepatitis B , C y VIH:

15.- OTRAS PRUEBAS:

T.A.C.:

APTO / NO APTO PARA BOXEAR:

Táchese lo que no proceda

 APTO NO APTO

Datos del médico nº. De Colegiado: _____

Firma: _____