



Nombre del Competidor

Fecha de Nacimiento

Federación Autonómica

Fecha del examen

Nombre del Medico

Numero de registro del Medico

Correo electronico Medico

Dirección Postal del Medico

Este examen médico se realiza sin acceso a los registros médicos y la información contenida en ellos es la que me ha sido revelada por el competidor.

Indique si corresponde

selle aquí si está disponible,
de lo contrario, se requiere la firma

Formulario de examen médico válido ÚNICAMENTE con el sello del médico examinador arriba o la firma abajo

FIRMA DEL MEDICO

HISTORIAL MÉDICO | Detalle cualquier ingreso hospitalario, lesión o enfermedad grave (física o mental) y afecciones crónicas, incluyendo su estado actual y si está bajo cuidados especializados. Por favor, pregunte específicamente sobre dolores de cabeza; mareos; problemas de estado de ánimo; olvidos; visión doble; dolor de espalda, nucal o radicular.

HISTORIAL QUIRÚRGICO | Detalle cualquier procedimiento quirúrgico realizado, incluida la cirugía oftálmica o láser.

HISTORIAL DE MEDICAMENTOS | Detalle del uso de cualquier suplemento o medicamento habitual.

ALERGIAS | Detalle cualquier alergia

HISTORIA FAMILIAR | Detalle cualquier caso de muerte súbita cardíaca, demencia o parkinsonismo en la familia.

EXAMEN FÍSICO

	Altura
	Peso Actual
	Categoría de Peso
	Frecuencia Cardíaca
	Presión Arterial

SISTEMA

*Indique si NORMAL

Cardiovascular | ¿Sonidos cardíacos? ¿Sonidos añadidos? ¿Posición del latido apical? Respiratorio | ¿Caja torácica? ¿Sonidos respiratorios vesiculares? ¿Sibilancias? ¿Abdominal | Cicatrices? ¿Organomegalia? **MEDIDA DE LA CLARIDAD O NITIDEZ DE LA VISIÓN**

1. Prueba sin gafas ni lentes
 3. Use 6m or 20ft or Decimal scale
 (e.g. NORM = 6/6 or 20/20 or 1.0)

2. Resultados de la visión

Ojo izquierdo

Ojo derecho

EL FORMULARIO SOLO SE ACEPTARÁ SI SE COMPLETA¿Movimiento musculoesquelético | Espalda y cuello? ¿Movimientos extremidades superiores e inferiores? Oído, nariz y garganta | ¿TM normal? ¿Prueba del susurro para evaluar la agudeza auditiva? ¿Orofaringe? ¿Dientes flojos? ¿Linfadenopatía? ¿Debilidad muscular? ¿Coordinación? ¿Temblores? ¿Síndrome de Romberg? ¿Deterioro cognitivo? ¿Nistagmo? Ojos | ¿Las pupilas son iguales y reaccionan a la luz? **ANOMALÍAS / COMENTARIOS** | Detalle cualquier anomalía en la exploración física.**SEROLOGÍA**

Déjelo en blanco A MENOS QUE se disponga de resultados de laboratorio, en cuyo caso se deberá adjuntar una copia a este formulario

Por favor, asesore a todos los competidores antes de programar la extracción de sangre

RESULTADO**FECHA****HEP B** (HBsAg) **HEP C** (Anti-HCV) **HIV** (Ag/Ab) **POR FAVOR, DETALLE A CONTINUACIÓN CUALQUIER PREOCUPACIÓN QUE PUEDA TENER RESPECTO A LA PARTICIPACIÓN DE ESTA PERSONA EN LAS ARTES MARCIALES MIXTAS.**Nombre del Médico Examinador Nombre del Competidor Firma del Médico Examinador Fecha