



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL
Y DEPORTES



ACTA MÉDICA PRE Y POST COMBATE

DATOS DEL EVENTO

Evento: _____ Ciudad: _____ Fecha: _____

DATOS DEL DEPORTISTA

Nombre: _____
Categoría: _____ Altura: _____

CONSTANTES VITALES

Presión arterial: _____ Frecuencia cardíaca: _____ Respiración: _____
Temperatura: _____

EXPLORACIÓN FÍSICA

(Marcar "O" si normal / "X" si anormal y detallar)

- Visual: _____ Neurológico: _____ HEENT (cabeza/cuello): _____ Cardíaco: _____
- Pulmonar: _____ Abdomen: _____ Osteoarticular: _____
- Piel: _____

DECISIÓN MÉDICA PRE-COMBATE

El deportista es:

☐ APTO para competir

☐ NO APTO para competir

Motivo del NO APTO

Nombre y apellidos médico

Firma y Sello número de colegiado



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL
Y DEPORTES



POST COMBATE

Resultado: ☐ Victoria ☐ Derrota Método: ☐ KO / TKO ☐ Sumisión ☐ Decisión

EVALUACIÓN POST-COMBATE

El examen es: ☐ Dentro de parámetros normales ☐ Anormal (detallar):

SUSPENSIÓN MÉDICA

☐ No ☐ Sí

Duración: ☐ 7 días ☐ 14 días ☐ 30 días ☐ 45 días ☐ 60 días ☐ 90 días ☐ 180 días

Motivo: _____

Firma del deportista

Requisitos para el alta:

FIRMAS

Nombre del médico: _____ Sello número de colegiado

Firma: _____

Comisionado: _____

Firma: _____ Fecha: _____