



Forma del Historial Médico

(completado por el solicitante)

Información personal

Nombre: _____ Apellidos: _____

Fecha de Nacimiento (día/mes/año): ____ - ____ - ____ Correo Electrónico _____

Dirección: _____

Sexo: ____ Masculino ____ Femenino FMN: _____ Categoría _____

Marcar con una X:

NO		SI	EXPLICACION
	Pérdida del conocimiento por cualquier razón mareos o dolor de cabeza		
	Problemas oculares (excepto gafas)		
	Asma		
	Alergias a medicamentos o drogas		
	Diabetes		
	Problemas del corazón		
	Trastorno de la presión arterial		
	Problemas de estómago (úlceras, etc.)		
	Problemas urogenitales		
	Epilepsia o convulsiones		
	Trastorno mental o nervioso		
	Problemas con los brazos o las piernas, calambres musculares o rigidez de las articulaciones		
	Trastornos de la sangre con tendencia a hemorragias		
	Operaciones		
	Toma algún medicamento o drogas regularmente?		

Grupo sanguíneo: _____

- No se me ha prohibido, por razones médicas, de formar parte en cualquier otro deporte.
- Yo no tomo drogas y no abuso del alcohol.
- En caso de una lesión, autorizo al personal médico a divulgar cualquier información pertinente al director de carrera, mis parientes, mi médico de cabecera y la FMN.
- Declaro que la información que he dado es correcta.
- Estoy de acuerdo con que la información en el formulario de examen médico le sea enviada al médico de mi FMN.

Fecha

Firma del solicitante (del padre o tutor responsable del menor)