



**FEDERACIÓN ARGENTINA DE BOX**  
**FICHA MÉDICA DE ADMISIÓN Y/O LICENCIA ÚNICA**

Apellido y Nombre ..... Edad .....  
 Domicilio .....  
 Localidad ..... Teléfono .....  
 Fecha y Lugar de Nacimiento..... Estado Civil.....  
 N° Documento..... Club .....  
 Escolaridad ..... Ocupación .....  
 e-mail : .....

**ANAMNESIS**

Antecedentes Familiares .....  
 Antecedentes Personales .....  
 Hábitos Dieta..... Fuma ..... Alcohol ..... Sueño ..... Horas

**EXAMEN FÍSICO**

SISTEMA CARDIOVASCULAR.....  
 ..... T.A. .... / ..... mmHg. F.C ..... min  
 SISTEMA RESPIRATORIO .....  
 APARATO LOCOMOTOR: COLUMNA ..... ESCOLIOSIS .....  
 MIEMBROS INFERIORES ..... PIE PLANO .....  
 MIEMBROS SUPERIORES ..... MANOS .....  
 ABDOMEN .....  
 HERNIAS ..... VARICOCELE ..... VARICES .....  
 APARATO UROGENITAL .....  
 SISTEMA NERVIOSO .....  
 AGUDEZA VISUAL: MEDICION OI ..... MEDICIÓN OD ..... FONDO DE OJOS.....  
 EXAMEN ODONTOLÓGICO .....  
 OTRAS OBSERVACIONES .....

**EXÁMENES COMPLEMENTARIOS**

RX TORAX ..... ECG .....  
 EEG ..... HEMOGRAMA .....  
 ERITRO ..... GLUCEMIA ..... URICEMIA ..... UREMIA .....  
 CREATININEMIA..... COLESTEROLEMIA..... HDL ..... LDL .....  
 ORINA COMPLETA .....  
 SEROLOGÍA : VDRL ..... CHAGAS .....  
 OTROS ESTUDIOS.....

APTO                   COMPETITIVO  
                           RECREATIVO  
                           PROGRAMADO

FECHA : \_\_\_\_\_

NO APTO               TRANSITORIO  
                           RELATIVO  
                           DEFINITIVO

\_\_\_\_\_  
 Firma Médico – Sello