

CERTIFICADO MÉDICO

Nome entidade _____

Apelidos _____

Nome _____

Data nacemento ____/____/____

Home

Muller

Teléfono de urxencias _____

Persoa de contacto en caso de emerxencia (1)

Apellido _____ Nombre _____ telf. _____

Persoa de contacto en caso de emerxencia (2)

Apellido _____ Nombre _____ telf. _____

Apellido do adestrador _____ Nome do adestrador _____ telf. _____

- Obxeccións relixiosas a un tratamento médico: por favor especifique e mencione **claramente** as instrucións.

INFORMACIÓN MÉDICA

Peso: _____ Kg Altura: _____ cms Tensión arterial: ____/____ Pulso: _____

Discapacidade mental

Problemas de Visión

Problemas de oídos

Problemas de corazón

Lesión cerebral

Dieta especial TIPO DE DIETA _____

Síndrome de Down

Ataques/ Frecuencia? ____/ano

Problemas de hemorragias

Problemas óseos

Problemas de ril

Emocional/ Neurolóxico

Asma

Operacións

Diabetes

Impedimentos motores

Cadeira de rodas

***Para Síndrome de Down con inestabilidade Atlantoaxial, INTERPRETACIÓN da evaluación de rayos X (seleccionar). (Imprescindible axuntar copia do Informe Médico.)**

De non ter esta información non se permitira a súa participación en eventos ou actividades que plantexen riscos.

Positivo

Negativo

Alerxia (Especificar alerxias a comidas, a mediación, ou outra información médica detalla):

SINATURA E Nº COLEXIADO:

Data: _____ 2018

2ª Páxina Certificado Médico

Nome do Participante/atleta: _____

Enfermidades, infeccións e inmunizacións (marcar):

- Sarampelo Varicela Tuberculose Tétanos
 Hepatite Polio VIH/ AIDS Outras enfermidades infecciosas

Especificar de que tipo _____

INMUNIZACIÓNS (marcar se padeceu)

- Inmunización (sarampelo, papeiras, rubéola)
 Inmunización ó Tétano. Data (día, mes, ano): _____, _____, _____

Medicacións (Facilite información da medicación que toma a data da emisión do certificado)

Nome do medicamento	Doses	Data prescrición
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Se presenta algunha patoloxía que precise tratamento urxente, especifique que pautas terapéuticas habituais se deben seguir.

Comentarios do médico e/ou restricións na participación do Participante/atleta:

Este formulario debe ser firmado por un médico autorizado.

Comentarios do médico:

"Revisei a información médica enriba detallada e examinado o nome do participante/atleta na solicitude, certifico que non hai ningunha evidencia médica que impida ó participante/atleta poder participar nas actividades organizadas por Special Olympics Galicia, Special Olympics España, Club FADEMGA e/ou FADEMGA Plena Inclusión Galicia durante o ano 2018"

Apelido _____ Nome _____
Enderezo _____ Cidade _____ C.P. _____
Teléfono de día _____ Noite _____

(obrigatorio incluír número de colexiado)

Sinatura do médico _____ Data _____ 2018