FEDERACIÓ CATALANA DE BOXA AMATEUR

CERTIFICADO DE AUTORESPONSABLIDAD MEDICA EN DEPORTES DE CONTACTO

		SI	NO
SNC (Sist nerv. central)	Cualquier patología del SNC, desde 3 años previos, hasta fecha del actual certificado (epilepsia, migraña,...)		
	KO cerebral en el último año (incluye entrenamiento, aún cuando el KO sea leve)		
SNP (Sist nerv. periférico)	Cualquier tipo de patología, previa y/o actual (radiculopatías, intervenciones quirúrgicas -IQ-,...)		
Columna	Cualquier tipo de patología, previa y/o actual (dolor, desviaciones importantes,		
Locomotor	Cualquier tipo de patología, previa y/o actual, tanto en Extremidades superiores, como inferiores (fracturas metacarpianas, meniscopatías, lesiones ligamentosas, IQ...)		
Ocular	Visión y/o Campo visual con alguna problemática (estrabismo, glaucoma,...)		
	Intervención quirúrgica, en uno o ambos ojos		
	Dioptrías, igual o más de 3, en uno o ambos ojos		
	Uso de lentillas		
Auditivo	Cualquier tipo de patología auditiva, previa y/o actual (déficit de audición, mareos, inestabilidad, IQ...)		
	Rotura/a timpánica/s, incluyendo los últimos 5 años previos al presente certificado		
Cardio	Cualquier tipo de patología o alteración cardíaca sea sintomática o no (soplos,...)		
	Cualquier tipo de IQ, cardíaca y/o valvular		
Vascular	Varices Internas y/o externas, estén o no operadas		
Respiratorio	Cualquier tipo de patología y/o alteración respiratoria (asma, disnea -ahogos-,...)		
Hematología	Alteraciones sanguíneas que favorezcan el sangrado (hemofilias,...) y/o estar en Tratamiento anticoagulante		
Serología	Hepatitis B,C y/o HIV		
Metabolismo	Cuaquier tipo de alteración metabólica, esté o no en tratamiento (Diabetes, Hiper/hipotiroidismo, Enfermedad reumática,...)		
Psiquiatría	Cualquier alteración y/o de riesgo, pasada y/o actual, esté o no en tratamiento (Psicosis, Esquizofrenias, Trastornos bipolares,...)		
FEMENINO	**Cualquier tipo de intervención y/o patología ginecológica y/o mamaria (Prótesis mamarias,...)**		
	Embarazo en el momento de expedir el presente certificado		
	Asume el compromiso de no presentarse como luchadora en una velada, en caso de estar embarazada el día del evento		

En caso de sufrir alguna de las patologías anteriormente reseñadas, si el Médico de Ring así lo solicitase, deberá presentar *Certificado Médico Oficial*, conforme el/la deportista es *"Apto/a para la realización de cualquier actividad deportiva y, en concreto, deportes de contacto" para poder ser declarado Apto para el evento*

RATIFICADO	
Nombre y APELLIDOS	
Nº: DNI ó NIE ó PASAPORTE	
LUGAR Y FECHA	
	Firma: DEPORTISTA ***Firma: PADRE/MADRE/TUTOR (si menor de edad)***