

MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES A PRIMA FIJA

SERVICIOS MÉDICOS

Delegación:

Comarcal o Zona:

Apellidos:

Hernias, ectopias:

y

Nombre:

D.N.I.:

A. Respiratorio:

Edad: Natural:

Provincia:

Domicilio:

A. Cardio - Vascular:

Club:

Radioscopia d/tórax - Informe:

Domicilio:

Otorrinolaringología:

BIOMETRÍA

Permeabilidad nasal:

Peso: Talla e/pie:

Talla sentado:

Perímetro torácico { Máximo:

{ Mínimo:

Ojos:

Perímetro abdominal:

Espirometría e/reposo:

Sistema nervioso:

EXPLORACIONES

Pulsaciones e/reposo:

Hábito constitucional:

Idem tras 20 flex.:

Deformidades físicas:

Tiempo de recuperación:

Complexión física:

Presión art. e/reposo: { Máxima:

Estado de nutrición:

{ Mínima:

OBSERVACIONES:

Idem tras 20 flex: { Máxima:

{ Mínima:

Tiempo de recuperación:

APTITUD:

....., a de de

El Facultativo,

Por medio de la firma del presente documento doy consentimiento expreso para que la Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija pueda efectuar el tratamiento de los datos recogidos de acuerdo con la política de protección de datos que figura al dorso:

El mutualista, o su tutor legal o representante legal

Firma

D.N.I.