

1. DATOS GENERALES

APELLIDO: NOMBRE:

PROFESION: DNI:

FECHA NACIMIENTO: CIUDAD:

HOSPITAL / CLINICA DEL EXAMEN:


MEDICO:

2. EXAMEN GENERAL

PULSO: PRESION ARTERIAL:

CORAZON: _____

DIAGNOSTICO: _____



Firma y Sello del Especialista

3. EXAMEN OFTALMOLÓGICO

AGUDEZA VISUAL: _____

CAMPO DE VISION: _____

S. CROMATICO _____


Firma y Sello del Especialista

CONCLUSION:

EL ABAJO FIRMANTE CERTIFICA QUE LA PERSONA ARRIBA MENCIONADA TIENE EL SIGUIENTE ESTADO DE SALUD:

SATISFACTORIO:

NO SATISFACTORIO:

Y EN CONSECUENCIA

PUEDE:

NO PUEDE:

PARTICIPAR COMO OFICIAL EN LAS COMPETENCIAS ORGANIZADAS POR LA ACLAV

LUGAR _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO: _____