

CONFIDENCIAL



FEDERACION ESPAÑOLA DE VOLEIBOL

M-4CERTIFICADO DE SALUD
PARA LOS ARBITROS **TEMP. 2023/24**

1. DATOS GENERALES

APELLIDOS:	<input type="text"/>	Categoría:	NºLicencia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
NOMBRE:	<input type="text"/>	Voley playa	<input type="checkbox"/>				
FEDERACIÓN TERRITORIAL:	<input type="text"/>	Voleibol	<input type="checkbox"/>				
FECHA DE NACIMIENTO:	DD <input type="text"/> MM <input type="text"/> AAAA <input type="text"/>	SEXO:	M <input type="checkbox"/>				
PROFESIÓN:	<input type="text"/>		F <input type="checkbox"/>				
LUGAR:	<input type="text"/>						
DNI /NIE:	<input type="text"/>						
HOSPITAL, CLINICA DE LA EXPLORACIÓN	<input type="text"/>						
NOMBRE DEL DOCTOR	<input type="text"/>		<input type="text"/>				
	APELLIDOS		NOMBRE				

2. EXAMEN GENERAL

FRECUENCIA CARDÍACA:	<input type="text"/>	CORAZÓN:	<input type="text"/>
PRESIÓN ARTERIAL:	<input type="text"/> / <input type="text"/> mm/Hg	CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL:	<input type="text"/> cm
ALTURA:	<input type="text"/> cm.	PESO:	<input type="text"/> kg
AGUDEZA VISUAL:	<input type="text"/>	INDICE MASA CORPORAL:	<input type="text"/>
CAMPO DE VISIÓN:	<input type="text"/>	SENTIDO CROMÁTICO:	<input type="text"/>
ENFERMEDAD RESPIRATORIA:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA No obligatorio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES DIGESTIVAS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES ENDOCRINAS:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

COMENTARIOS:

3. CONCLUSIÓN

CERTIFICO QUE LA PERSONA AQUÍ MENCIONADA TIENE EL SIGUIENTE ESTADO DE SALUD:

 SATISFACTORIO NO SATISFACTORIOY POR CONSECUENCIA: PUEDE Apto NO PUEDE No apto

ACTUAR COMO ÁRBITRO DE VOLEIBOL EN CUALQUIER COMPETICIÓN NACIONAL EN TERRITORIO NACIONAL.

LUGAR

FIRMA DOCTOR

FECHA

DD MM AAAA 