



FEDERACIÓN
MEXICANA DE
CHARRERÍA, A.C.

SECRETARÍA DEL DEPORTE

EVALUACIÓN CLÍNICA PREVIA A COMPETENCIA OFICIAL

EVENTO: _____ LUGAR: _____

EQUIPO/ESCARAMUZA/CHARRO COMPLETO: _____ FECHA: ____ / ____ / 201__.

	NOMBRE COMPLETO	EDAD	SEXO	GRUPO SANGUÍNEO Y RH	PESO	ESTATURA	PULSO	PRESIÓN ARTERIAL	¿ALERGIAS?	¿ENFERMEDADES O CIRUGÍAS?	¿VACUNA ANTITETÁNICA?	¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA? DOSIS	COMENTARIOS
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO RESPONSABLE:

*“Charrería, tradición ecuestre en México”
Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad*

Isabel La Católica No. 108
Col. Centro C.P. 06080 México, D.F.
Tel: 5709 1094 • 5709 4838 • 5709 4793
www.fmcharrería.com

