



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: _____

