

# CONFIDENCIAL



## REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE VOLEIBOL

**M-4**CERTIFICADO DE SALUD  
PARA LOS ARBITROS

### 1. DATOS GENERALES

APELLIDOS:	<input type="text"/>	Categoría:	NºLicencia				
NOMBRE:	<input type="text"/>	Voley playa	<input type="checkbox"/>				
FEDERACIÓN TERRITORIAL:	<input type="text"/>	Voleibol	<input type="checkbox"/>				
FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text" value="88#"/> <input type="text" value="dd#"/> <input type="text" value="ssss#"/>	SEXO:	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	
PROFESIÓN:	<input type="text"/>	LUGAR:	<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:	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	EMBARAZADA No obligatorio:	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>		
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
ENFERMEDADES DIGESTIVAS:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES ENDOCRINAS:	<input type="checkbox"/> <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