



AIBA Medical Certificate

Athlete

NAME:	_____
DATE OF BIRTH:	_____
SIGNATURE:	_____
DATE:	_____

Medical Doctor

NAME:	_____
TITLE/POSITION:	_____
ADDRESS:	_____
SIGNATURE:	_____
COMMENTS:	_____

Fit to Box	<input type="checkbox"/>
<u>Not</u> Fit to Box	<input type="checkbox"/>

QUESTIONS FOR ATHLETE: IF YES, EXPLAIN

1. Is a doctor currently treating you for anything? *Le trata actualmente algún doctor?*

2. Have you ever been unconscious or had a concussion? *Ha tenido alguna pérdida de conocimiento o confusión post-traumática?*

3. Have you been hit hard in the head in the last 6 weeks? *Ha tenido algún traumatismo craneal severo en las últimas 6 semanas?*

4. Have you had any headache in the last 2 weeks? *Ha tenido dolor de cabeza en las últimas 2 semanas?*

5. Do you have any problem with bleeding? *Tiene algún problema de sangrado?*

6. Do you have a history of hepatitis B or hepatitis C or HIV infection? *Tiene historial de Hepatitis B o C o HIV?*

7. Does any disease run in your family? Sudden unexpected deaths? *Hay alguna enfermedad hereditaria en su familia? Alguna muerte súbita?*

8. Have you had any surgery? *Ha tenido alguna intervención quirúrgica?*

9. Have you ever had to stay in a hospital? *Ha estado ingresado en un hospital?*

10. Do you have any medical condition? *Tiene algún problema médico?*

MEDICAL CERTIFICATE ABNORMALITIES

Si el atleta tuvo una conmoción cerebral en el último año, certifique que	El examen médico después del período de descanso después de la conmoción cerebral fue normal. Listo para Boxear	Normal	Anormal
Examen Médico General	Anote las anomalías que no están expuestas en los examen anterior:		
Estado Mental / Psicológico	Breve encuesta	Normal	Anormal
Cabeza	Nervios craneales, ojos, tamaño de la pupila y reactividad. Visión por tabla (Registro)	Normal	Anormal
	Boca, dientes, garganta	Normal	Anormal
	Orejas	Normal	Anormal
	Articulación temporomandibular	Normal	Anormal
Cuello	Columna cervical, ganglios linfáticos	Normal	Anormal
Pecho	Sonidos al respirar, sensibilidad de las costillas en la compresión	Normal	Anormal
Sistema Cardiovascular	Pulso / Presión arterial (Registro)	Normal	Anormal
	Examen del corazón: sonidos, murmullos, tamaño, ritmo	Normal	Anormal
Sistema Ortopédico	Extremidad superior: hombro, muñeca, mano, dedos	Normal	Anormal
	Extremidad inferior: pie, tobillo, rodilla, cadera	Normal	Anormal
Sistema Neurológico	Reflejos	Normal	Anormal
	Respuestas Verbales	Normal	Anormal
	Respuestas motoras	Normal	Anormal
Alergias	(Registro)	Si	No
	Tipo de reacción (Registro)	--	
Medicamentos utilizados	Nombre y dosis (Registro)	Si	No

Alguna TUE Aurorizada? NO SI (Explicar cuál)