

# VII JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS GRANADA 28 de abril al 1 de mayo 2017



## B CERTIFICADO MÉDICO

Es totalmente imprescindible para poder participar en los Juegos, adjuntar este certificado médico actualizado y debidamente cumplimentado con firma y sello del responsable médico de su Unidad de Trasplante.

### Datos Médicos

TIPO DE TRASPLANTE											
Apellidos:			Nombre:								
Edad:											
Riñón	<input type="radio"/>	Hígado	<input type="radio"/>	Corazón	<input type="radio"/>	Páncreas	<input type="radio"/>	Médula	<input type="radio"/>	Pulmón	<input type="radio"/>
Unidad de Trasplante:				Fecha de Trasplante							
Altura:				Peso:							
Virus Hepatitis: A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/>				VEB <input type="radio"/>		VIH <input type="radio"/>					
Visión:				Alergias:							
Nombre Hospital:											
Nombre responsable médico:											
<b>MEDICACIÓN:</b> (Inmunosupresores, Hipotensores, etc. y frecuencia de dosis):											

# VII JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS GRANADA 28 de abril al 1 de mayo 2017



Autorizo a: \_\_\_\_\_

a participar en los VII JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS, y certifico que no existe ninguna causa física ni psíquica específica que le impida participar.

Asimismo certifico que los datos médicos están actualizados sobre el último control del paciente, realizado con fecha \_\_\_\_\_ en su unidad de trasplante.

Nombre del Médico

Fecha:

Firma de Médico

Sello del Hospital

