

NOMBRE DEL ATLETA:

FECHA DEL ACCIDENTE:

LUGAR:

FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA:

LUGAR:

DESCRIPCION DE LAS LESIONES:

---

---

---

DIAGNÓSTICO:

---

---

TRATAMIENTO:

---

---

TIPO Y NUMERO DE PLACAS RADIOGRÁFICAS:

NUMERO DE CONSULTAS:

MEDICAMENTOS:

NOMBRE DEL DOCTOR RESPONSABLE:

R.F.C.

CEDULA PROFESIONAL:

DIRECCION:

TELEFONO

FIRMA:

LUGAR:

FECHA:

NOTA: LLENAR UN INFORME MEDICO POR CADA MEDICO QUE ATIENDA AL PACIENTE