

INFORMACION DEL MEDICO

NOMBRE COMPLETO DEL ATLETA:

--

FECHA Y LUGAR DEL ACCIDENTE:

--	--

FECHA DE LA PRIMER CONSULTA Y LUGAR:

--	--

DESCRIPCION DETALLADA DE LA LESION:

DIAGNOSTICO MEDICO:

TRATAMIENTO:

TIPO Y NUMERO DE PLACAS RADIOGRAFICAS:

DATOS DEL MEDICO TRATANTE:

NOMBRE:

RFC:

--	--

DOMICILIO:

CEDULA DE PROFESION:

--	--

TELEFONO:

LUGAR:

FECHA:

--	--	--

FIRMA DEL MEDICO TRATANTE
