



**FECHA del  
informe**

/ /

# INFORME MÉDICO

## INFORMACIONES DEL LUCHADOR

Nombre y Apellido(s) :   
(POR FAVOR, EN  
MAYÚSCULAS)

Fecha de nacimiento : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo :  Hombre  Mujer

Número de licencia : \_\_\_\_\_ Nombre del Club : \_\_\_\_\_

## DETALLES DEL INCIDENTE

Fecha del incidente : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ciudad : \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido(s) del médico :

Número de colegiado : \_\_\_\_\_

Pérdida de conocimiento :  SI  NO Si la respuesta es sí, ¿cuánto tiempo? : \_\_\_\_\_

Síntomas observados : \_\_\_\_\_

## A rellenar para volver a competir

### AUTORIZACIÓN MÉDICA

Certifico que el luchador ha respetado el protocolo de vuelta al deporte, que es asintomático y que, por lo tanto, está apto para reanudar la competición.

Nombre y Apellido(s) del médico :

Número de colegiado : \_\_\_\_\_ Firmado el : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ en : \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_

### Federación Española de Lucha

📍 C/ Amós de Escalante, 12 Bajo (28017)  
MADRID

☎ +34 914 061 666

✉ info@felucha.com

🌐 [www.felucha.com](http://www.felucha.com)

**Cláusula:** Este formulario debe enviarse obligatoriamente a la federación antes de la reanudación de cualquier competición.