# IV JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS
# ARANDA DE DUERO (BURGOS)
# 27 A 30 mayo 2010

## 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

**Apellidos** **Nombre:**
**Edad:**

---

### Tipo de Trasplante:

**Riñón:** o **Hígado:** o **Corazón:** o **Páncreas:** o **Médula:** o **Pulmón:** o

**Unidad de Trasplante:** **Fecha de Trasplante:**

**Altura:** **Peso:**

**Virus Hepatitis :** **A** o **B** o **C** o **VEB** o **VIH** o

**Creatinina:** **Presión Arterial:** **Diabetes: SI:** o **NO:** o

**Visión:**

**Alergias:**

**Otros Datos de interés**

**Nombre del hospital:**

**Nombre responsable médico:**

---

**Datos Medicación (Inmunosupresores, Hipotensores, otros, frecuencia de la dosis):**

# IV JUEGOS NACIONALES DE TRASPLANTADOS
# ARANDA DE DUERO (BURGOS)
# 27 A 30 mayo 2010

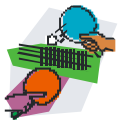
**Autorizo a**

**……**

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

**Asimismo certifico de 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:**